



**IMPACTO DA PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL
APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO
DESENVOLVIMENTO DE DEPRESSÃO**

Inês Sofia Correia de Aguiar Lourenço

Orientador de Dissertação:

PROF.^a DOUTORA ANA ROSA TAPADINHAS

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Prof.^a Doutora Ana Rosa Tapadinhas, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para a obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia – Área Clínica.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho deve-se não só à minha dedicação e trabalho árduo como ao incentivo, afecto e colaboração de várias pessoas. Desta forma, expresso o meu reconhecimento a todos.

À minha orientadora Prof.^a Doutora Ana Rosa Tapadinhas, pela flexibilidade e disponibilidade demonstrada e pela partilha de material e conhecimento baseado numa carreira bem-sucedida.

À Prof. Doutora Sofia Refoios, por toda a preciosa ajuda no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Paulo Santos, que cordialmente partilhou a versão validada da Escala de *Rosenberg Self-Esteem Scale*.

Ao Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão por me acolher como Terapeuta Ocupacional e estagiária de Psicologia e permitir a possibilidade de conciliar os dois.

Ao Serviço de Terapia Ocupacional Adultos por proporcionarem o contexto e a amostra deste trabalho e a todos os meus colegas Terapeutas Ocupacionais pelo apoio e conhecimentos partilhados.

À Biblioteca do CMRA, pela simpatia, disponibilidade e ajuda na recolha de informação.

Em particular, a todos os participantes pela cortesia, colaboração e disponibilidade.

Em especial, aos meus pais, pelo investimento, compreensão e carinho com que sempre acolheram as minhas ideias e ambições e por serem um pilar na minha vida.

Ao meu marido, pelas cedências em prol deste projecto, pelo amor e compreensão demonstrado.

RESUMO

Objetivo: Analisar a Ansiedade, a Depressão, a Auto-estima e Estima Corporal numa amostra de indivíduos com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Metodologia:** Foi avaliada a estima corporal, a auto-estima, a ansiedade e depressão em 62 sujeitos com diagnóstico de AVC há menos de 24 meses, dos quais 31 eram homens e as outras 31 mulheres, com idades compreendidas entre 25 e os 81 anos e sem alterações cognitivas severas. **Resultados:** As mulheres após um AVC vivem com maior sofrimento as perdas e alterações resultantes da lesão, apresentando maiores dificuldades de adaptação à deficiência e às limitações que ela implica no seu quotidiano. Tanto as mulheres com os homens com AVC, quanto mais estima corporal apresentam menos sintomatologia depressiva revelam. **Conclusões:** A percepção da imagem corporal, ou estima corporal, dos homens e das mulheres após um AVC, tem impacto na sua auto-estima e no seu estado emocional.

Palavras-Chave: Acidente Vascular Cerebral; Imagem Corporal; Depressão Pós Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

Objective: To investigate the Anxiety, Depression, Self-Esteem and Body-Esteem in a sample of individuals diagnosed with Cerebral Vascular Accident (CVA). **Methods:** We assessed the body-esteem, self-esteem, anxiety and depression in 62 subjects with a diagnosis of stroke within the previous 24 months, of which 31 were men and the other 31 women, with aged between 25 and 81 years old and without sever cognitive disorder. **Results:** The women after a stroke living with suffering greater losses and changes resulting from injury, presenting difficulties in adjusting to disability and the limitations it implies in their daily lives. Both women as men with stroke the more body-esteem they show fewer depressive symptoms they have. **Conclusions:** The men and women's perception of body image has an impact on your self-esteem and their emotional state.

Keywords: Stroke, Body Image, Depression After Stroke.

ÍNDICE

	Páginas
INTRODUÇÃO	1
HIPÓTESES E OBJECTIVOS DO ESTUDO	3
METODOLOGIA	4
<i>Amostra</i>	4
<i>Instrumentos</i>	5
The Mini-Mental State (MMS)	5
The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	7
Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	8
Body Esteem Scale (BES)	8
PROCEDIMENTOS	10
RESULTADOS	11
DISCUSSÃO	15
CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	21
ANEXOS	24
ANEXO 1 - Artigo Teórico	25
ANEXO 2 – Tabela 1	49
ANEXO 3 – Tabela 2	51
ANEXO 4 – Tabela 3	53

ANEXO 5 – Tabela 4	55
ANEXO 6 – Tabela 5	58
ANEXO 7 – Tabela 6	61
ANEXO 8 – <i>The Mini-Mental State</i> (MMS)	63
ANEXO 9 – <i>The Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)	66
ANEXO 10 – <i>The Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSES)	68
ANEXO 11 – <i>Body Esteem Scale</i> (BES)	70
ANEXO 12 – Protocolo de Investigação	72
ANEXO 13 – Tabela 7	74
ANEXO 14 – Tabela 8	76
ANEXO 15 – Tabela 9	78
ANEXO 16 – Tabela 10	80
ANEXO 17 – Tabela 11	82
ANEXO 18 – Tabela 12	84
ANEXO 19 – Tabela 13	86
ANEXO 20 – Tabela 14	88
ANEXO 21 – Tabela 15	90

TABELAS

Tabela 1. *Diferenças na Idade em Função do Género do Utente*

Tabela 2. *Diferenças no Tempo de Lesão em Função do Género do Utente*

Tabela 3. *Descrição das Variáveis Estado Civil e Habilitações Literárias para Homens e Mulheres*

Tabela 4. *Descrição das Variáveis Clínicas e Psicológicas para Homens e Mulheres*

Tabela 5. *Frequência e Percentagem do Território da Lesão para Homens e Mulheres*

Tabela 6. *Descrição da Variável Incapacidade Residual em Função do Género*

Tabela 7. *Estudo das Diferenças das Duas Dimensões da HADS e na RSES em Função do Género*

Tabela 8. *Médias e Desvios-Padrão das Subescalas da BES*

Tabela 9. *Matriz de Correlações entre a AS, a PP, a CFF, as Dimensões da HADS, a RSES e o Tempo da Lesão para as Mulheres*

Tabela 10. *Matriz de Correlações entre a AF, a FM, a CFM, as Dimensões da HADS, a RSES e o Tempo da Lesão para os Homens*

Tabela 11. *Diferenças nas Dimensões da BES, da HADS e da RSES em Função do Tipo de AVC para as Mulheres*

Tabela 12. *Diferenças nas Dimensões da BES, da HADS e da RSES em Função do Tipo de AVC para os Homens*

Tabela 13. *Estudo das Diferenças das Duas Dimensões da HADS, na RSES e na AF, na FM e na CFM em Função da Duração da Lesão para o Homens.*

Tabela 14. *Estudo das Diferenças das Duas Dimensões da HADS, na RSES e na AS, na PP e na CF em Função da Duração da Lesão para as Mulheres*

Tabela 15. *Estudo das Diferenças na HADS e na RSES em Função do Território Cerebral Lesado*

Tabela 16. *Síndromes Vasculares (Adaptado de Cancela, 2008)*

INTRODUÇÃO

Com a evolução das Neurociências, a Psicologia tem demonstrado grande interesse no estudo dos efeitos cognitivos e psicológicos das doenças neurológicas, nomeadamente dos AVC's, devido a ser uma das lesões cerebrais adquiridas com maior incidência a nível mundial. Actualmente constata-se que o AVC é uma das primeiras causas de mortalidade, em Portugal, sendo considerada a principal causa de incapacidade física e mental.

Chen, Lee e Li (2009) estimam que a incidência de AVC's isquémicos é mais elevada que os hemorrágicos, especialmente em idades superiores aos 55 anos.

De acordo com *Cancela* (2008), após um AVC podem-se verificar alterações cognitivas e neuromotoras, nomeadamente paralisia motora, como a hemiplegia e/ou hemiparesia e a tetraplegia e/ou tetraparesia, dificuldades perceptivas, como o *neglect* unilateral, apraxias e alterações psicológicas, emocionais e comportamentais, como a depressão, apatia, labilidade emocional e alterações da personalidade. A literatura demonstra que estas alterações comprometem a saúde emocional, nomeadamente a percepção de si mesmo, a auto-estima do individuo e as interacções com o meio e com os outros.

No que diz respeito à auto-estima, *Heatherton e Wyland* (2003) demonstram divergências na origem entre homens e mulheres, sendo que estas últimas são mais influenciadas pelas relações sociais e os homens pelos resultados bem-sucedidos. As pessoas que apresentam uma elevada auto-estima encontram-se mais saudáveis e satisfeitos psicologicamente, enquanto que as pessoas com baixa auto-estima encontram-se mais angustiadas psicologicamente e possivelmente deprimidas.

Howes, Edwards & Benton (2005a, 2005b) corroboram com os autores acima referidos, afirmando que um AVC afecta a forma como a pessoa se vê a si mesma, ou seja a sua auto-estima. Defendem que existam diferenças na imagem corporal de acordo com o género, na natureza e magnitude dos conceitos de peso, aparência e funcionalidade. Enquanto o conceito de peso nas mulheres centra-se na perda de peso, os homens são divididos igualmente entre aqueles que desejam perder peso e os que desejam ganhar. Estes tendem a dar mais importância às funções corporais directamente relacionadas com a sexualidade, enquanto as mulheres dão ênfase a resistência e condição física. Os autores mencionam ainda que a atracção sexual encontra-se fortemente correlacionada com a auto-estima das mulheres, enquanto nos homens é a

condição física. Constatam assim, que os homens com lesão cerebral adquirida manifestam menos satisfação com a sua imagem corporal. A nova imagem corporal vai reflectir desta forma, uma maior preocupação com a funcionalidade do que com a aparência.

Segundo *Alves e Duarte* (2010) a pessoa com deficiência física pode apresentar algumas tendências comportamentais em comum, nomeadamente a depressão, ansiedade, baixa auto-estima e auto-conceito. *Hackett e Anderson* (2005), referem ainda que na população em geral, o risco depressão aumenta com a idade e duas vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens.

A Depressão Pós AVC (DPAVC) é um dos efeitos psicológicos mais comuns, no primeiro ano após lesão, período inicial da recuperação, no qual a pessoa se torna mais consciente de como a sua deficiência e incapacidade pode ou vai afectar a sua vida quotidiana. (*Associação AVC*, 2012)

Howes et al. (2005a, 2005b) encontram evidências que após a lesão ocorre uma depressão reactiva devido a ocorrer múltiplas perdas que o individuo tem de se adaptar, nomeadamente o reconhecimento que o antigo *self* pré-mórbido está diminuído ou ausente. Baseando-se na premissa que a depressão encontra-se associada à insatisfação corporal, afirma que as mulheres com lesão cerebral adquirida têm tendência para apresentaram resultados significativamente mais elevados de depressão. A depressão foi associada com a insatisfação com diversas partes e/ou funções do corpo (apetite, resistência física, bicipites, condição física e saúde) revelando que a condição física é um factor importante para a saúde psicológica da mulher.

Contudo existe alguma controvérsia na literatura, sendo que *Pimenta, Villegas, Rastrollo, López e González*, (2009) não encontraram evidências estatísticas nos seus resultados que suportassem esta hipótese.

Terroni, Mattos, Sobreiro, Guajardo e Fráguas (2009) vão mais longe mencionando que as áreas cerebrais associadas com maior frequência à depressão, no período agudo pós AVC, são a região frontal esquerda e os gânglios da base (caudado, putâmen, pálido). O circuito prefrontosubcortical parece ter um papel importante na ocorrência da perturbação depressiva major. O AVC na região da amígdala, apesar de raro, foi considerado super-representativo, de DPAVC.

No entanto *Aben, Denollet, Lousberg, Verhey, Wojciechowski e Honig* (2002) apesar de defenderem que a lateralidade do AVC não se encontra relacionada com o risco de desenvolvimento de DPAVC, consideram que o hemisfério esquerdo parece ter

um papel determinante na DPAVC até ao terceiro mês após lesão, sendo que a frequência da depressão é 10 vezes maior do que no hemisfério direito.

Desta forma, devido a alguns dos estudos serem controversos e ter sido encontrada pouca literatura sobre o impacto da percepção da imagem corporal na auto-estima e no desenvolvimento de sintomatologia depressiva em indivíduos com AVC, considerou-se pertinente o aprofundamento desta temática, no sentido de possibilitar, na prática clínica, a redução da magnitude e das consequências do sofrimento psicológico dos indivíduos com AVC.

HIPÓTESES E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Objectivos Gerais

- a) Analisar a Ansiedade, a Depressão, a Auto-Estima e a Estima Corporal numa amostra de indivíduos com diagnóstico de AVC;
- b) Avaliar a relação entre Ansiedade, a Depressão, a Auto-Estima, Estima Corporal e o Tempo de Lesão numa amostra de indivíduos com diagnóstico de AVC;
- c) Analisar a Ansiedade, a Depressão, a Auto-Estima e a Estima Corporal em função do Tempo de Lesão;
- d) Analisar a Ansiedade, a Depressão, a Auto-Estima e a Estima Corporal em função do Tipo de AVC.

Objectivos Específicos e Hipóteses

De forma a estudar os objectivos gerais, expomos objectivos mais específicos que vão estar na base das respectivas hipóteses:

- 1) Verificar a existência de diferenças na Ansiedade, na Depressão e na Auto-Estima em função do género.

Hipótese 1: Espera-se que as mulheres, em comparação com os homens, apresentem valores médios superiores de ansiedade e depressão e inferiores de auto-estima.

- 2) Analisar a existência de relação entre a Ansiedade, a Depressão, a Auto-Estima, a Estima Corporal e o Tempo de Lesão para cada um dos géneros.

Hipótese 2: Espera-se que, tanto nos homens como nas mulheres da amostra, quanto mais ansiedade, mais depressão.

Hipótese 3: Espera-se que, tanto nas mulheres como nos homens da amostra, a ansiedade e a depressão associem-se positivamente com o tempo da lesão.

Hipótese 4: Espera-se que, tanto nas mulheres como nos homens da amostra, a ansiedade e a depressão associem-se negativamente com os componentes da Estima corporal, com a auto-estima e com o tempo da lesão.

Hipótese 5: Espera-se que, em ambos os géneros, o tempo da lesão relacione-se negativamente com a auto-estima e as componentes da estima corporal.

- 3) Estudar a existência de diferenças na Ansiedade, na Depressão, na Auto-Estima, na Estima Corporal em função do tipo de AVC para cada um dos géneros.

Hipótese 6: Espera-se que o AVC Isquémico apresente níveis médios mais elevados de depressão, comparativamente com o AVC Hemorrágico, para cada um dos géneros.

- 4) Investigar a existência de diferenças na Ansiedade, na Depressão, na Auto-Estima, na Estima Corporal em função do tempo de lesão para cada um dos géneros.

Hipótese 7: Espera-se que o tempo de lesão igual ou superior a 6 meses, quando comparado com o tempo de lesão inferior a 6 meses, apresente níveis médios superiores de depressão e ansiedade, em ambos os géneros.

Hipótese 8: Espera-se que o tempo de lesão igual ou superior a 6 meses, quando comparado com o tempo de lesão inferior a 6 meses, apresente níveis médios inferiores de auto-estima e dos componentes de auto-estima, em ambos os géneros.

METODOLOGIA

Amostra

Foram recolhidos 62 sujeitos com diagnóstico de AVC, durante os meses de Março a Setembro, tendo sido utilizado o critério de exclusão apresentarem *handicap* cognitivo no MMS. Como critério de selecção teve-se em consideração o tempo de lesão (≥ 24 meses) e a ausência de alterações cognitivas severas que impossibilitassem responder às questões.

A amostra ficou constituída por 31 homens, com idades compreendidas entre os 32 e os 81 anos e com uma média de idade de 55,84 anos ($DP = 10,80$), e 31 mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 81 anos e uma média de idade de 55,29 anos

($DP = 13,71$), não tendo sido verificadas diferenças estatisticamente significativas na idade em função do género dos pacientes, $t(60) = ; p = 0,26$. (Anexo 2). No que se refere ao tempo de lesão, avaliado em meses, também não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas em função do género, $U = 436,00$; $p = 0,53$, sendo que tanto os homens como as mulheres apresentaram valores médios iguais a seis meses de tempo de lesão (Anexo 3).

A maioria dos homens ($N = 19$; $\% = 62,3$) e quase metade das mulheres ($N = 14$; $\% = 45,2$) afirmaram ser casados/as, e, aproximadamente, um terço da amostra dos homens referiu ter o 1º ciclo de escolaridade ($N = 10$; $\% = 32,3$), enquanto o mesmo número de mulheres, o que corresponde a 32,3%, mencionou ter o 2º ciclo de escolaridade. (Anexo 4).

No que se refere às variáveis clínicas e psicológicas, quase a totalidade dos homens ($N = 27$; $\% = 87,1$) e das mulheres ($N = 26$; $\% = 83,9$) refere encontrar-se em internamento, e ter sofrido um AVC Isquémico ($N = 22$; $\% = 71,0$ – para os homens) e ($N = 23$; $\% = 74,2$ – para as mulheres). Quanto aos antecedentes clínicos, um quarto da amostra dos homens ($N = 8$; $\% = 25,8$) aludiu não ter antecedentes desta natureza, sendo que 12,9% das mulheres, o que corresponde a quatro mulheres, relatou ter HTA, e a mesma percentagem mencionou não ter antecedentes clínicos. No que se refere aos antecedentes psicológicos a maioria da amostra de mulheres ($N = 22$; $\% = 71,0$) e de homens ($N = 28$; $\% = 90,3$) relatou não ter antecedentes de natureza psicológica. (Anexo 5).

Quanto ao território da lesão cerebral, responsável pelo AVC, 9,7% dos homens, o que corresponde a três homens da amostra, sofreram uma lesão no hemisfério direito, enquanto cinco mulheres ($\% = 16,1$) tiveram uma lesão na artéria cerebral média (Anexo 6).

Por fim e no que se refere à incapacidade residual, ambos os géneros apresentaram maiores pontos percentuais na Hemiparesia Esquerda, o que corresponde a seis homens ($\% = 19,4$) e a onze mulheres ($\% = 35,5$) da amostra (Anexo 7).

Instrumentos

The Mini-Mental State (MMS)

Com o objectivo de verificar se os participantes no presente estudo apresentavam um estado cognitivo mental suficientemente funcional, por forma a compreenderem as questões e terem capacidade em responder às mesmas (critério de

inclusão) foi utilizado o *The Mini-Mental State* (MMS; Folstein, Folstein e McHugh, 1975) (Anexo 8). É um teste válido da função cognitiva que separa os indivíduos com alterações cognitivas daqueles sem alterações e demora entre 5-10 minutos a administrar.

O MMS é uma forma simplificada de avaliar o estado mental cognitivo, sendo constituído por 11 questões divididas em duas secções: a primeira secção requiere, unicamente, respostas vocais e abrange orientação, memória e atenção, sendo a pontuação máxima de 21 pontos; a segunda secção do MMS analisa a capacidade de nomear, de seguir comandos verbais e escritos, de escrever frases de forma espontânea e de copiar um polígono complexo semelhante a uma figura *Bender-Gestalt*, sendo a pontuação máxima igual a nove (Folstein et al., 1975).

O MMS é um teste útil para estimar quantitativamente a gravidade do comprometimento cognitivo do inquirido, concentrando-se, unicamente, nos aspectos cognitivos do funcionamento mental. Por conseguinte, avalia seis domínios: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e percepção (habilidade construtiva), sendo que o paciente recebe um único resultado num total de 30 pontos possíveis (Folstein et al., 1975).

No que se refere às qualidades psicométricas o MMS apresenta boa consistência interna e validade concorrente determinada pela correlação entre o MMS com a *Wechsler Intelligence Scale Adultos* (WAIS), pontuações verbais e de performance. As correlações de *Pearson* apresentaram valores de $r = 0,78$ ($p < 0,001$) entre as pontuações do MMS e as pontuações do QI Verbal, e de $r = 0,66$ ($p < 0,001$) entre as pontuações do MMS e as pontuações do QI Performance (Folstein et al., 1975).

No que se refere à fiabilidade temporal, os autores (Folstein et al., 1975) avaliaram-na em dois momentos, 24h e 28 dias, por um e por vários examinadores. Quando o MMS foi avaliado duas vezes em 24h pelo mesmo examinador, o coeficiente de *Pearson* foi de $r = 0,89$, sendo que os resultados através do teste *Wilcoxon* foram similares. Com o objectivo de analisar o efeito do examinador em 24h, o teste foi administrado duas vezes por dois examinadores diferentes, sendo que uma vez mais a correlação de *Pearson* apresentou resultados estatisticamente significativos, $r = 0,83$, não diferindo do teste *Wilcoxon*, indicando que mesmo com diferentes examinadores as pontuações parecem ser estáveis (Folstein et al., 1975).

Quando o MMS foi aplicado duas vezes com um intervalo de 28 dias entre cada administração, não foram encontradas diferenças significativas entre o teste *Wilcoxon* e a correlação de *Pearson* ($r = 0,98$).

Por outro lado, o MMS é vulnerável à variável idade e, consequentemente, foram propostos alguns pontos coorte: dos 30 – 49 anos de idade: 29; dos 50 – 59 anos de idade: 28; e dos 60 – 79 anos de idade: 28, sendo que um paciente que pontue abaixo do ponto coorte é considerado como tendo um prejuízo cognitivo (*Hodges, 1994, citado em Howes et al., 2005a*).

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Por forma a estudar a ansiedade e a depressão foi utilizada a versão portuguesa (*Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses e Baltar, 2007*) da *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; *Zigmond e Snaith, 1983*) (Anexo 9). A HADS é uma escala de auto-relato desenvolvida com o objectivo de avaliar as componentes emocionais, ansiedade e depressão, da doença física. É uma escala bidimensional composta por 14 itens, de breve administração, ou seja, demora dois a cinco minutos a ser preenchida.

Cada uma das duas dimensões – ansiedade e depressão – é constituída por sete itens num formato tipo *Likert* de quatro pontos (0 – 3), pontuadas separadamente. Consequentemente, a pontuação varia de 0 a 21 pontos para a ansiedade e para a depressão, em que um resultado entre 0 a 7 é considerado como ansiedade ou depressão “normal”, entre 8 a 10 é avaliado como ansiedade ou depressão “leve”, entre 11 a 14 “moderada” e entre 15 a 21 “severa” (*Zigmond e Snaith, 1983*).

No que se refere às qualidades psicométricas foi utilizado o *alfa de Cronbach* (α) com o objectivo de estudar a consistência interna das duas escalas. A escala de ansiedade apresentou valores de $\alpha = 0,76$ e a escala de depressão revelou resultados de $\alpha = 0,81$. Quanto à fiabilidade temporal os autores (*Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses, & Baltar, 2007*) avaliaram dois grupos: (i) num intervalo de 1 semana analisaram 35 pacientes do grupo de diabetes tendo observado resultados de correlação bivariada de *Pearson* de $r = 0,75$ para ambas as escalas; (ii) num intervalo de três meses estudaram 192 pacientes com diagnóstico de doença coronária, obtendo valores de $r = 0,46$ para a escala de ansiedade e de $r = 0,43$ para a escala de depressão.

A HADS foi utilizada na presente investigação por ser um instrumento de avaliação usado frequentemente em investigações com populações com lesões cerebrais

adquiridas (Cooper-Evans, Alderman, Knight e Oddy, 2008; D'Alisia, Baudo, Mauro e Miscio, 2005; Fure, Wyller, Engedal e Thommessen, 2006; Howes et al., 2005a; Howes et al., 2005b).

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

A auto-estima foi avaliada através da *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES; Rosenberg, 1965 citado em Howes et al., 2005a) (Anexo 10). É uma escala unidimensional que avalia o sentido global da auto-estima, e é constituída por 10 itens e que requiere que o entrevistado relate sentimentos sobre si num formato de resposta tipo *Likert* de quatro pontos (0 ou 1. Discordo Fortemente; 3 ou 4. Concordo Fortemente). Os autores mencionam a possibilidade de se cotar a escala de 0 a 3 ou de 1 a 4, ficando ao critério do investigador. Por conseguinte, os resultados variam de 0 a 30 ou de 10 a 40, sendo que os resultados mais elevados são indicadores de maior auto-estima.

No que se refere às características psicométricas a RSES apresenta validade de constructo e elevada consistência interna (Keppel e Crowe, 2000), com valores de consistência interna 0,85 para o grupo clínico e de 0,83 para o grupo de controlo no estudo de Vickery, Sepehri e Evans (2008).

A RSES foi seleccionada por apresentar boas qualidades psicométricas e uma utilização significativa em estudos com populações com lesões cerebrais adquiridas (Cooper-Evans et al., 2008; Howes et al., 2005a; Howes et al., 2005b; Keppel & Crowe, 2000; Vickery et al., 2008).

Body Esteem Scale (BES)

Com o objectivo de investigar a estima corporal foi utilizada a *Body Esteem Scale* (BES; Franzoi e Shields, 1984) (Anexo 11). Esta medida psicométrica avalia as características relacionadas com a estima corporal em homens e mulheres, ou seja, estima o conhecimento e sentimentos sobre o corpo e experiências corporais (Franzoi e Herzog, 1986).

A BES é constituída por 35 itens num formato de resposta tipo *Likert* de cinco pontos (1. Sinto-me muito mal; 5. Sinto-me muito bem), que se dividem em seis dimensões, três para as mulheres – *Sexual Attractiveness - Atracção Sexual* (AS – itens 1, 3, 6, 11, 13, 20, 21, 22, 26, 28, 31, 32, 34; *Weight Concern - Preocupação com o Peso* (PP – itens 2, 8, 10, 14, 16, 23, 24, 25, 29, 35) e *Physical Condition – Condição Física Feminina* (CFF – 4, 5, 7, 9, 12, 15, 17, 30, 33); e três dimensões para os homens

– a *Physical Attractiveness - Atracção Física* (AF – itens 3, 6, 11, 13, 16, 21, 22, 23, 27, 28, 34); *Upper Body Strength - Força Muscular* (FM – itens 7, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 25, 26; e *Physical Condition – Condição Física Masculina* (CFM – itens 2, 4, 5, 8, 9, 10, 15, 17, 25, 29, 30, 33, 35). Consequentemente, o número e o tipo de itens incluídos em cada dimensão, apesar de apresentarem algumas características similares, diferem para homens e mulher, não permitindo que as médias sejam comparáveis (*Franzoi e Shields*, 1984).

De acordo com *Franzoi e Shields* (1984), a dimensão AS avalia os aspectos ou funções do corpo que parecem estar associados com a atractividade física, nos quais a sua aparência não pode ser alterada através do exercício físico, mas sim da utilização de cosméticos. Contudo, os autores denominaram esta dimensão como AS por integrar itens relacionados com a sexualidade, o que sugere que a mulher avalia a atracção como interligada à sexualidade. A dimensão PP integra partes do corpo que podem ser fisicamente alteradas, através do exercício ou regime/dieta alimentar. A terceira dimensão feminina, CFF, inclui itens referentes às qualidades resistência, força e agilidade.

Tal como nas mulheres, a estima corporal dos homens parece ter três dimensões designadas de forma divergente por parte de *Franzoi e Shields* (1984). A AF engloba itens sobre características faciais e físicas e, contrariamente à AS, inclui partes do corpo e não funções corporais. Por outro lado, integra órgãos sexuais e não actividades sexuais ou desejo sexual; a FM é constituída por itens sobre partes do corpo que poderão ser alteradas através do exercício físico. Uma vez mais, existem diferenças entre as dimensões FM e PP, no sentido de nos homens os itens relacionam-se em tornar o homem com os músculos delineados e mais largo, enquanto nas mulheres a FSC integra itens que procuram tornar a mulher mais pequena, magra. A dimensão CFM é similar à CFF. Contudo, parece que os homens associam estas partes e funções corporais à forma como vão ajudar ou dificultar a actividade física, e não como avaliam ou são avaliados como objectos estáticos (*Franzoi e Shields*, 1984).

No que se refere às qualidades psicométricas cada umas das seis dimensões apresenta boa consistência interna, com valores de α iguais a 0,78 para a AS, 0,87 para a PP, 0,82 para a CFF, 0,81 para a AF, 0,85 para a FM e de 0,86 para a CFM. A BES apresenta, igualmente, validade convergente com a RSES (*Franzoi e Shields*, 1984). No estudo de *Franzoi e Herzog* (1986), as dimensões PP, CFF, FM e CFM apresentaram

boa validade convergente e boa validade discriminante, enquanto a AS e a AF apresentaram baixa validade convergente e discriminante.

PROCEDIMENTOS

Após termos seleccionado as medidas de avaliação e de ter construído o protocolo de administração para a recolha da amostra em estudo, pedimos a um conjunto de juízes sem conhecimento sobre a temática em estudo que avaliasse o protocolo de investigação quanto à sua pertinência, forma, compreensão e exaustão. Consequentemente foi realizado um pré-teste com cinco sujeitos da população geral.

Posteriormente foi solicitada autorização aos Directores dos Serviços de Internamento e Ambulatório de adultos do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, por forma a ser recolhida a amostra nessa instituição.

Foi solicitado aos pacientes que preenchessem o protocolo de investigação (Anexo12). A recolha dos dados foi realizada através de entrevista, tendo sido o investigador principal do presente estudo a conduzir a mesma e a preencher cada um dos questionários de acordo com as respostas obtidas. As instruções foram facultadas através do formato verbal e através do formato escrito. O investigador principal esteve presente durante a administração dos protocolos, com o objectivo de satisfazer possíveis dúvidas e/ou orientar o/a participante com qualquer dificuldades, por exemplo de compreensão, que pudesse surgir.

O protocolo de avaliação era constituído por uma folha de rosto, uma folha de dados demográficos e de variáveis relacionadas com a saúde, uma medida para avaliar o estado mental (MMS; *Folstein et al.*, 1975), devido ao critério de inclusão no estudo, uma medida para avaliar a ansiedade e a depressão (HADS; *Zigmond e Snaith*, 1983 – versão portuguesa: *Pais-Ribeiro et al.*, 2007), uma medida para avaliar a auto-estima (RSES; *Rosenberg*, 1965 citado em *Howes et al.*, 2005a), e uma medida para avaliar a estima corporal (BES; *Franzoi e Shields*, 1984).

Depois do questionário encontrar-se devidamente preenchido, o mesmo foi recolhido pelo investigador principal.

A amostra foi recolhida durante os meses de Março a Setembro, tendo sido explicado a cada um dos/as participantes o objectivo geral da investigação e como iria decorrer a recolha dos dados. Foi, igualmente, informado que o mesmo tinha um

carácter confidencial e anónimo, sendo que a participação no estudo não iria afectar o seu estado de saúde.

Foi-lhes solicitado que colocassem uma cruz no consentimento informado, com o objectivo de confirmarem que iriam participar livremente no estudo e que tinham compreendido os objectivos do mesmo.

RESULTADOS

Os procedimentos estatísticos foram realizados através do programa *Statistical Package for Social Sciences* – IBM SPSS 20.0, tendo sido efectuada uma base de dados numa folha de Excel.

Para que possamos utilizar testes paramétricos é necessário a existência de três condições: um N superior a 30 indivíduos; distribuição normal ($\alpha > 0,05$) e homogeneidade de variância das variáveis dependentes (*Brace, Kemp e Snelgar, 2000; Coutinho, 2011; Marôco, 2010*).

Como a amostra é constituída por dois grupos (homens e mulheres) com 31 indivíduos cada, fomos analisar a existência de distribuição normal ($p \leq 0,05$), através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, e de homogeneidade de variância ($p \leq 0,05$), através do teste *Levene*, das variáveis intercalares em estudo em função do género.

A variável tempo da lesão, medida em meses, foi a única variável intercalar em estudo que não apresentou distribuição normal e homogeneidade de variância, tanto em homens como em mulheres. Consequentemente, para o estudo das diferenças nesta variável em função do género será utilizado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* (U).

As variáveis HADS_Depressão para os homens, FM e CFF não apresentaram distribuição normal ($p > 0,05$), mas apresentaram homogeneidade de variância ($p \leq 0,05$). Contudo, iremos apresentar os resultados através de testes paramétricos, para estas variáveis.

Por conseguinte, e nas variáveis em que as condições de aplicabilidade dos testes paramétricos foram satisfeitas, foram utilizados testes paramétricos como o teste *Anova One-Way* (F), o *T-Student* (t) e a correlação bivariada de *Pearson* (r).

No que se refere às seis dimensões da BES, apresentámos as médias de cada um dos itens para homens e mulheres, assim como de cada dimensão. Contudo, como os

itens que constituem as dimensões são diferentes, não analisámos a comparação das médias. De igual forma, estudámos a relação entre as seis dimensões.

Os resultados são considerados significativos para $\alpha = 0,05$ (Coutinho, 2011; Marôco, 2010).

Estudo das Diferenças na HADS e na RSES em função do Género

Com o objectivo de estudar a existência de diferenças estatisticamente significativas na ansiedade, na depressão e na auto-estima em função do género foi utilizado o teste de *t-student*.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na auto-estima em função do género, $t(60) = 2,03$; $p = 0,047$, no sentido dos homens terem apresentado valores médios superiores de RSES ($M = 26,42$; $DP = 2,54$), comparativamente com as mulheres ($M = 25,13$; $DP = 2,47$). (Anexo 13).

Correlação entre as dimensões da BES, as dimensões da HADS, a RSES e o tempo de lesão para as mulheres da amostra

Na medida em que o número e o tipo de itens incluídos em cada uma das dimensões da BES difere para homens e mulheres, não é possível realizar o estudo da comparação de médias. Contudo, as médias são apresentadas de acordo com o género e posteriormente proceder-se-á à matriz de correlações entre as variáveis intercalares em estudo para as mulheres. (Anexo 14)

Para a investigação das correlações entre as dimensões AS, PP, CFF, Ansiedade, Depressão, RSES e tempo de lesão para as mulheres da amostra, foi utilizada a correlação bivariada *de Pearson* (r).

Foram encontradas associações estatisticamente significativas, em sentido positivo e forte entre a AS com a RSES, $r = 0,60$; $p = 0,000$, e moderadas com a PP, $r = 0,58$; $p = 0,001$, e com a CFF, $r = 0,57$; $p = 0,001$, e negativas com a Depressão, $r = 0,57$; $p = 0,001$ e com a ansiedade, $r = 0,42$; $p = 0,019$.

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas, positivas e forte entre a PP com a CFF, $r = 0,85$; $p = 0,000$, e moderada com a RSES, $r = 0,46$; $p = 0,009$, e em sentido negativo e forte com a ansiedade, $r = -0,60$; $p = 0,000$.

Foram encontradas relações estatisticamente significativas, negativas e forte entre a CFF com a ansiedade, $r = -0,72$; $p = 0,000$, e moderada com a depressão, $r = -0,38$; $p = 0,034$, e em sentido positivo com a RSES, $r = 0,52$; $p = 0,003$.

Foram encontradas ligações estatisticamente significativas, moderadas e em sentido positivo entre a Ansiedade com a Depressão, $r = 0,50$; $p = 0,004$, e em sentido negativo com a RSES, $r = -0,41$; $p = 0,022$.

Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa, moderada e em sentido positivo entre a Depressão com o tempo de lesão, $r = 0,38$; $p = 0,037$.

Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa, negativa e moderada entre a RSES com o tempo de lesão, $r = -0,37$; $p = 0,042$. (Anexo 15).

Correlação entre as dimensões da BES, as dimensões da HADS, a RSES e o tempo de lesão para os homens da amostra

Para a investigação das correlações entre as dimensões AF, FM, CFM, Ansiedade, Depressão, RSES e tempo de lesão para os homens da amostra, foi utilizada, uma vez mais, a correlação bivariada de *Pearson* (r).

Foram encontradas associações estatisticamente significativas, em sentido positivo e moderado entre a AF com a FM, $r = 0,56$; $p = 0,001$, e negativa com o tempo de lesão, $r = -0,42$; $p = 0,019$.

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas, positiva e forte entre a FM com a CFM, $r = 0,61$; $p = 0,000$, e em sentido negativo e moderado com a depressão, $r = -0,37$; $p = 0,042$.

Foram encontradas relações estatisticamente significativas, moderadas e em sentido positivo entre a Ansiedade com a Depressão, $r = 0,54$; $p = 0,002$, e em sentido negativo com a RSES, $r = -0,53$; $p = 0,002$.

Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa, moderada e em sentido negativo entre a Depressão com a RSES, $r = -0,41$; $p = 0,021$. (Anexo 16).

Diferenças nas dimensões da BES, da HADS e a RSES em função do tipo de AVC para as mulheres da amostra

Com o objectivo de responder a uma das hipóteses em estudo, fomos analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis atracção sexual, preocupação com o corpo, condição física feminina, ansiedade, depressão, e auto-estima em função do tipo de AVC (Hemorrágico ou Isquémico) para as mulheres da amostra.

Na medida em que as duas categorias da variável tipo de AVC apresentam um n inferior a 30 mulheres, foi realizado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* (U).

Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis intercalares em estudo em função do tipo de AVC para a amostra de mulheres em estudo (Anexo 17).

Diferenças nas dimensões da BES, da HADS e a RSES em função do tipo de AVC para os homens da amostra

Com o objectivo de responder a uma das hipóteses em estudo, fomos analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis atracção física, força muscular; condição física masculina, ansiedade, depressão, e auto-estima em função do tipo de AVC (Hemorrágico ou Isquémico) para os homens da amostra.

Uma vez mais, e na medida em que as duas categorias da variável tipo de AVC apresentam um n inferior a 30 homens, foi realizado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* (U).

Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis intercalares em estudo em função do tipo de AVC para a amostra de homens em estudo (Anexo 18).

Estudo das Diferenças na HADS, na RSES e na BES em função da duração da lesão para os homens

Com o objectivo de estudar a existência de diferenças estatisticamente significativas na ansiedade, na depressão, na auto-estima, na atracção física, na força muscular e na condição física masculina em função da duração da lesão, esta variável teve de ser criada.

Assim sendo e de acordo com a variável intervalar Tempo da Lesão, foi criada uma variável nominal, a Duração da Lesão, constituída por duas categorias: menos de 7 meses ($N = 35$; $\% = 56,5$) e igual ou mais de 6 meses ($N = 27$; $\% = 43,5$).

Na medida em que esta nova variável tem uma categoria com menos de 30 sujeitos, foi realizado o teste de *Mann-Whitney* (U).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na AF em função da Duração da Lesão, $U = 59,50$; $p = 0,018$, no sentido dos homens que relataram ter sofrido a lesão, responsável pelo AVC, há menos de 6 meses terem apresentado valores médios superiores de atracção física ($M = 42,88$; $DP = 4,18$, comparativamente com os homens que sofreram uma lesão cerebral há pelo menos seis meses ($M = 38,21$; $DP = 5,39$). (Anexo 19).

Estudo das Diferenças na HADS, na RSES e na BES em função da duração da lesão para as mulheres

Com o objectivo de estudar a existência de diferenças estatisticamente significativas na ansiedade, na depressão, na auto-estima, na atracção sexual, na

preocupação com o peso e na condição física feminina em função da duração da lesão, foi realizado o teste de *Mann-Whitney* (U).

Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as mulheres da amostra. (Anexo 20).

Estudo das Diferenças na HADS e na RSES em função do território cerebral lesado

Com o objectivo de estudar a existência de diferenças estatisticamente significativas na ansiedade, na depressão e na auto-estima em função do território cerebral lesado, esta variável (duração da lesão) teve de ser criada.

Através da variável Lesão foi criada esta nova variável – Território Cerebral Lesado – constituído por seis categorias: 1. Frontal Esquerdo - ($N = 35$; $\% = 56,5$); 2. Hemisfério Direito: Porção Posterior da Coroa Radiata e Centro Semioval - ($N = 4$; $\% = 6,5$); 3. Hemisfério Direito: Região Talâmica - ($N = 6$; $\% = 9,7$); 4. Artéria Vertebral Esquerda: Lesões Corticais e Subcorticais Cerebelosa Posterior Inferior Direita e Cerebelosa Anterior Inferior Esquerda - ($N = 3$; $\% = 4,8$); 5. Hemisfério Direito - ($N = 6$; $\% = 9,7$); 6. Artéria Vertebral Esquerda: Região Latero-bulbar - ($N = 3$; $\% = 4,8$); 7. ACM Direita: Região Subcortical Frontal - ($N = 5$; $\% = 8,1$).

Na medida em que quase todas as categorias apresentam um n inferior a 30 sujeitos, foi efectuado o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* (H).

Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (Anexo 21).

DISCUSSÃO

Estudo das Diferenças na HADS e na RSES em função do Género

Foram encontradas diferenças na auto-estima, no que se refere ao género. Os homens evidenciaram maior auto-estima, enquanto as mulheres revelaram mais sintomatologia ansiosa e depressiva. Estes resultados corroboram com os resultados de *Howes et al.* (2005b) que afirmam que as mulheres com lesão cerebral adquirida apresentam grandes níveis de depressão e com os de *Hackett e Anderson* (2005) que relataram que o risco de depressão é duas vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens. Estes resultados parecem revelar que a reacção psicológica das mulheres é vivida com maior sofrimento, apresentando maiores dificuldade de adaptação à deficiência e às limitações que ela implica no seu quotidiano. Segundo *Oliveira* (2001) o sofrimento com que é vivido as perdas inerentes à deficiência resulta de conflitos

psíquicos envolvendo dimensões como a percepção do *self*, auto-estima, a capacidade de lidar com as perdas e a percepção dos processos relacionais. Desta forma, a incapacidade física, percebida como uma falha narcísica profunda, parece ser vivida com maior sofrimento nas mulheres do que nos homens.

Confirma-se assim a Hipótese 1, na qual eram esperadas que as mulheres em comparação com os homens apresentassem valores médios superiores de ansiedade e depressão e inferiores de auto-estima.

Correlação entre as Dimensões BES, as Dimensões da HADS, a RSES e o Tempo de Lesão para as Mulheres.

Das dimensões consideradas na avaliação da estima corporal nas mulheres com AVC, a Atracção Sexual (aparência física) parece ser a mais valorizada (46,42%), seguida da Preocupação com o Peso (30,48%) e da Condição Física (25,71%). Os nossos resultados são suportados pelos de *Howes et al.* (2005b) que demonstram evidências que as mulheres encontram-se menos satisfeitas com a sua saúde e com o seu peso. Estes resultados demonstram, que após um AVC, as mulheres parecem valorizar mais os aspectos ou funções do corpo relacionadas com a atractividade física, nomeadamente a aparência física, possivelmente por ser uma das sequelas mais visíveis da lesão e que maior impacto tem no Outro.

A Atracção Sexual parece ser a variável relacionada com a estima corporal que mais correlaciona-se com a auto-estima. Ou seja, quanto mais atractivas fisicamente se sentem as mulheres, maior auto-estima têm. Estes resultados vão ao encontro dos de *Howes et al.* (2005b) que referiram que a Atracção Sexual encontra-se fortemente correlacionada com a auto-estima das mulheres e que qualquer declínio percebido na funcionalidade pode ser vivido de forma negativa para a sua auto-estima. Por sua vez, a Atracção Sexual parece associar-se à Preocupação com o Peso e com a Condição Física, no sentido em que quanto mais atractivas as mulheres se sentem maior preocupação com o peso e com a condição física revelam. Este facto parece aludir ao referido por *Heatherton e Wyland* (2003) que a insatisfação corporal feminina encontra-se habitualmente relacionada com a percepção de excesso de peso e com o desejo de o perder. No nosso estudo, quanto mais atractivas sexualmente as mulheres se sentem, menos sintomatologia ansiosa e depressiva apresentam, demonstrando que possivelmente a forma como percebem a sua imagem corporal poderá influenciar o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva. Estes resultados são

consonantes com os de *Howes et.al.* (2005b) que evidenciaram que a depressão encontra-se associada com a insatisfação com diversas partes e/ou funções do corpo.

Por sua vez, a Preocupação com o Peso parece estar fortemente associada com a Condição Física. Isto é, quanto maior preocupação com o peso, maior a preocupação com a condição física (resistência, força e agilidade). Esta associação parece seguir um padrão cultural normativo, no sentido que, o peso ideal e adequado proporciona uma melhor condição física. Esta variável, Preocupação com o Peso, demonstra evidências de também associar-se positivamente com a auto-estima, sendo no entanto a dimensão da estima corporal menos valorizada pelas mulheres com AVC da nossa amostra. Este facto parece contrariar a ideia, referida por diversos autores (*Alves e Duarte*, 2010; *Howes et.al.*, 2005b; *Keppel & Crowe*, 2000), de insatisfação das mulheres com o seu peso, mesmo quando os seus parâmetros antropométricos se encontram normais. As mulheres com AVC que evidenciaram maior preocupação com o peso apresentam também menores níveis de ansiedade. Estes resultados parecem apontar que quanto mais estima têm pelo seu peso, melhor psicologicamente se sentem.

As mulheres da amostra evidenciaram que quanto menos se preocupam com a sua condição física maiores níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva apresentam. No entanto, quanto maior é a preocupação com a condição física, maior é a sua auto-estima. Estes resultados parecem demonstrar que quando as mulheres da amostra, após AVC desinvestem das suas qualidades físicas, de modo a desvalorizar as sequelas da lesão, poderá traduzir o conflito narcísico vivenciado internadamente (*Matos*, 2001) e/ou a fuga ao fracasso (*Bahls*, 1999). Todavia, aparentemente, quando se preocupam com a sua condição física, as mulheres com AVC disponibilizam-se a experimentar sucessos e experiências positivas em relação si próprias, adoptando uma atitude mais positiva.

Como era esperado (Hipótese 2), as mulheres com AVC que apresentavam maiores níveis de ansiedade revelaram igualmente maior sintomatologia depressiva. Desta forma os resultados convergem para uma associação entre a ansiedade e depressão e com a insatisfação na percepção que o indivíduo tem de si próprio.

No que se refere ao tempo decorrido do AVC, os resultados confirmam a Hipótese 3, ou seja, as mulheres que tinham sofrido a lesão há mais tempo demonstravam-se mais deprimidas e com menor auto-estima. Estes resultados corroboram com a *Associação AVC* (2012) que revela que a DPAVC é mais frequente quando a pessoa se vai tornando mais consciente de como a sua deficiência e

incapacidade pode afectar a sua vida quotidiana, reflectindo-se, consequentemente, na percepção valorativa de si mesma.

Correlação entre as Dimensões BES, as Dimensões da HADS, a RSES e o Tempo de Lesão para os Homens.

Em relação aos homens da amostra, a dimensão mais valorizada na estima corporal foi a Atracção Física (características físicas e faciais). Estes resultados são concordantes com os de *Howes et al.* (2005a) que afirmam que os homens tendem a dar mais importância às funções corporais directamente relacionadas com a sexualidade.

Verificou-se que quanto mais estima apresentaram nesta dimensão (AF) melhor se sentiam em relação à sua Força Muscular. Desta forma, constatou-se que a estima pelas características da aparência física parecem influenciar a percepção da sua força muscular. Estes resultados encontram-se de acordo com *Heatherton e Wyland* (2003), que sustentam que os homens são mais propensos a perceberem os seus corpos como instrumentos de acção e obtêm auto-estima da percepção da sua força muscular.

No entanto, quanto mais tempo decorrido do AVC, menos atractivos fisicamente se sentiam, possivelmente porque à medida que se tornam mais conscientes da deficiência e das incapacidades, vão-se sentindo menos satisfeitos com as características físicas da sua nova imagem corporal.

A percepção da Força Muscular, dos homens com AVC, parece influenciar forte e positivamente a percepção da sua Condição Física. Por sua vez, quanto menos estima pela sua força muscular mais sintomatologia depressiva apresentam.

Tal como nas mulheres, os homens com AVC, que apresentavam maiores níveis de ansiedade, revelaram igualmente maior sintomatologia depressiva e por sua vez menor auto-estima, confirmando a Hipótese 2.

Diferenças nas Dimensões da BES, da HADS e a RSES em função do Tipo de AVC.

Tanto nas mulheres como nos homens, não foram encontradas diferenças significativas entre a estima corporal, ansiedade e depressão e a auto-estima em função do tipo de AVC (Hemorrágico ou Isquémico). Desta forma, a Hipótese 6 não foi confirmada, isto porque o tipo de AVC parece não influenciar o modo como os indivíduos percebem a sua imagem corporal, se valorizam a si próprios e consequentemente desenvolvem sintomatologia ansiosa e depressiva. Todavia, tal como *Chen et al.* (2009), verifica-se que os AVC's Isquémicos têm uma maior incidência na nossa amostra, possivelmente devido à média de idades se encontrar nos 55,84 anos

para os homens e nos 55,29 anos para as mulheres, sendo que, segundo estes autores, a incidência parece ser mais elevada em idades superiores aos 55 anos.

Estudo das Diferenças na HADS, na RSES e na BES em Função da Duração da Lesão para os Homens.

Os homens que sofreram um AVC há menos de seis meses, apresentaram mais estima pelas suas características físicas, ou seja, pela Atracção Física, do que os homens que sofreram o AVC há pelo menos seis meses. Confirma-se a Hipótese 7 para os homens da nossa amostra, o que reforça a ideia acima mencionada, que o tempo é uma variável que tem influência na estima corporal, na medida, em que o indivíduo vai tomando consciência da sua deficiência e das suas incapacidades.

No entanto, não foram encontradas diferenças significativas da auto-estima em função do tempo decorrido do AVC. Apesar de contrariar o esperado na Hipótese 8, estes resultados parecem reforçar a teoria da auto-estima como um traço estável da personalidade, sendo construída vagarosamente ao longo do tempo. (Heatherton e Wyland, 2003)

No que diz respeito à sintomatologia ansiosa e depressiva, os homens que sofreram o AVC há menos de seis meses, apresentaram maior sintomatologia do que os que sofreram a lesão há pelo menos seis meses. Estes dados contrariam a parcela masculina da Hipótese 3, que partia da premissa que a ansiedade e a depressão associavam-se positivamente com o tempo de lesão. Este facto parece evidenciar a capacidade, dos homens da amostra, de adaptação e ajustamento emocional à deficiência ao longo do tempo decorrido após a lesão.

Estudo das Diferenças na HADS, na RSES e na BES em Função da Duração da Lesão para as Mulheres.

Contrariando a Hipótese 4, não foram encontradas diferenças significativas, nas mulheres com AVC, nos níveis de ansiedade, de depressão, na auto-estima e nas dimensões da estima corporal feminina em função do tempo decorrido da lesão. Isto poderá significar que estas variáveis mantêm-se estáveis nas mulheres da nossa amostra, possivelmente por terem, de forma precoce, noção da sua situação e, provavelmente, por apresentarem maiores dificuldades de adaptação à deficiência.

Estudo das Diferenças na HADS e na RSES em função do Território Cerebral Lesado.

Devido ao número da nossa amostra e sua heterogeneidade, não foi possível encontrar diferenças estatísticas significativas, em relação ao Território Cerebral lesado. Todavia

verifica-se, na nossa amostra, que o território com maior incidência foi Território Frontal Esquerdo. Segundo *Rains* (2004), neste território é que se encontram as estruturas mais relacionadas com a função cognitiva, nomeadamente o córtex cerebral, gânglios da base, sistema límbico e diencéfalo. Desta forma, pondera-se a influência das alterações cognitivas na capacidade de *insight* dos indivíduos e na percepção da sua auto-estima.

O território cerebral irrigado pela Artéria Cerebral Média Direita (território cerebral anterior) parece encontrar-se associado a maiores níveis de ansiedade e menores níveis de auto-estima. E por fim, o território cerebral irrigado pela Artéria Vertebral Esquerda (tronco cerebral) parece apresentar maior prevalência de depressão. De acordo com *Rains* (2004), este território é responsável pela regulação e manutenção dos processos vitais, assim como pelo controlo do sono e estado de vigília, das emoções, da atenção e consciência.

CONCLUSÕES

Os nossos resultados evidenciam que a percepção da imagem corporal, ou estima corporal, dos homens e das mulheres após um AVC, tem impacto na sua auto-estima e no seu estado emocional.

Estes resultados suportam a ideia que as mulheres após um AVC, quando comparadas com os homens, vivem com maior sofrimento as perdas e alterações resultantes da lesão, apresentando maiores dificuldades de adaptação à deficiência e às limitações que ela implica no seu quotidiano.

Verificou-se que a dimensão Atracção Sexual, que contempla as funções ou partes do corpo relacionadas com a aparência e atractividade física, foram as mais valorizadas pelas mulheres, possivelmente devido à deficiência física manifestada. Verifica-se assim, que após um AVC a incapacidade é acompanhada por uma maior preocupação somática.

Constatou-se, que mulheres e homens, reagem emocionalmente de forma diferente ao longo do tempo de lesão. Sendo que nas mulheres é mais evidente sintomatologia depressiva e uma menor auto-estima, no período igual ou superior a 6 meses de lesão, enquanto os homens apresentam-se mais ansiosos e deprimidos numa fase mais precoce (menos de 7 meses de lesão). No entanto, nas mulheres, a estima corporal e auto-estima, assim como a sintomatologia ansiosa e depressiva mantém-se ao

longo do tempo decorrido da lesão. Nos homens verifica-se uma diminuição da estima corporal, nomeadamente das partes do corpo relacionadas com as características físicas e faciais, ao longo do tempo decorrido de lesão (período igual ou superior a 6 meses). Todavia, a sua auto-estima mantém-se estável ao longo de período considerado no nosso estudo. Estes resultados suportam a noção de *Howes et al* (2005b) que após uma lesão cerebral adquirida ocorre naturalmente uma depressão reactiva, devido a ocorrerem múltiplas perdas e alterações na vida dos indivíduos, nomeadamente o reconhecimento que o antigo *self* pré-mórbido está diminuído ou ausente.

Os AVC's Isquémicos tiveram uma maior incidência na nossa amostra, todavia os resultados indicam que o tipo de lesão (Isquémica ou Hemorrágica) parecem não ter influência na percepção da imagem corporal, auto-estima e desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva.

Apesar do nosso estudo apresentar várias limitações, nomeadamente a dimensão modesta da amostra e a sua heterogeneidade, que se reflectiram na significância estatística dos resultados, consideramos que estes têm relevância na prática clínica, sendo importante ter sempre em consideração a personalidade pré-mórbida e uma visão holística dos indivíduos, contemplando variadas variáveis e não apenas as consideradas no nosso estudo. Desta forma, sugere-se a replicação da nossa investigação, numa amostra mais ampla e utilizando um método longitudinal, de modo a detectar alterações na percepção da imagem corporal e na auto-estima, assim como a influência do território cerebral lesado no desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva.

REFERÊNCIAS

Aben, I., Denollet, J., Lousberg, R., Verhey, F., Wojciechowski, F. e Honig, A. (2002). Personlity and Vulnerability to Depression in Stroke Patiens. A 1-Year Prospective Follow-Up Study. *Stroke – Journal of the American Heart Association*. Consultado a 15 de Março de 2012, através de

<http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/33/10/2391>.

Alves, M., Duarte, E. (2010). Relação entre a Imagem Corporal e Deficiência Física. Uma pesquisa Bibliográfica. *Revista Digital*. Ano 15, nº143.

Bahls, S. (1999). Depressão: Uma Breve Revisão dos Fundamentos Biológicos e Cognitivos. *InterACÇÃO*. V.3, 49-60.

Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2000). *SPSS for psychologists. A guide to data analysis using SPSS for windows*. New York: L.E.A.

Cancela, D. (2008). O Acidente Vascular Cerebral – Classificação, Principais Consequências e Reabilitação. *PSICOLOGIA.COM.PT*. Consultado a 15 de Março de 2012, através de

<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>,

Chen, H., Lee, S., Li, C. (2009). Sex Differences in the Incidence of Hemorrhagic and Ischemic Stroke among Diabetics in Taiwan. *Journal of Women's Health*. 18(5), 647-654.

Cooper-Evans, S., Alderman, N., Knight, C., & Oddy, M. (2008). Self-esteem as a predictor of psychological distress after severe acquired brain injury: An exploratory study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(5/6), 607–626.

Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.

D'Alisa, S., Baudo, S., Mauro, A., & Miscio, G. (2005). How does stroke restrict participation in long-term post-stroke survivors? *Acta Neurologica Scandinavica*, 112, 157–162.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-Mental State”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Franzoi S. L., & Herzog M. (1986). The Body Esteem Scale: A convergent and discriminant validity study. *Journal of Personality Assessment*, 50, 24-31.

Franzoi, S. L., & Shields, S. A. (1984). The Body-Esteem Scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 48, 173-178.

Fure, B., Wyller, T. B., Engedal, K., & Thommessen, B. (2006). Emotional symptoms in acute ischemic stroke. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 21, 382–387.

Hackett, M., Anderson, C. (2005). Predictors of Depression after Stroke. A Systematic Review of Observational Studies. *Stroke – Journal of the American Heart Association*. Consultado a 15 de Março de 2012, através de

<http://stroke.ahajournals.org/cgi//content/full/33/10/2296>

Heatherton, T., Wyland, C. (2003). Assessing Self-Esteem. *Assessing Positive Psychology*. Washington: APA.p.219-233. Consultado a 20 de Outubro de 2012 através de

http://www.dartmouth.edu/~thlab/pubs/03_Heatherton_Wyland_APP_ch.pdf

Howes, H., Edwards, S., & Benton, D. (2005a). Male body image following acquired brain injury. *Brain Injury*, 19(2), 135-147.

Howes, H., Edwards, S., & Benton, D. (2005b). Female body image following acquired brain injury. *Brain Injury*, 19(6), 403-415.

Keppel, C. C., & Crowe, S. F. (2000). Changes to body image and self-esteem following stroke in young adults. *Neuropsychological Rehabilitation*, 10(1), 15–31.

Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number.

Matos, A. (2001). *A Depressão: Episódios de um Percurso e Busca do seu Sentido*. Lisboa: Climepsi Editores. 386-387.

Oliveira, R. (2001). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física – Uma Abordagem Psicoterapêutica da Incapacidade Adquirida*. Lisboa: ISPA.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital: Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225 – 237.

Pimenta, A., Villegas, A., Rastrollo, M., López, C., González, M. (2009). Relationship Between Body Image Disturbance and Incidence of Depression: The SUN Prospective Cohort. *BioMed Central*. 9(1), 1-9.

Terroni, L., Mattos, P., Sobreiro, M., Guajardo, V., Fráguas, R. (2009). Depressão Pós-AVC: Aspectos Psicológicos, Neuropsicológicos, Eixo HHA, Correlato Neuroanatômico e Tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 36(3), 100-108.

Vickery, C. D., Sepehri, A., & Evans, C. C. (2008). Self-Esteem in an Acute Stroke Rehabilitation Sample: A Control Group Comparison. *Clinical Rehabilitation*, 22, 179–187.

Zigmond A. S., & Snaith R. P (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Rains, G. (2004). *Principios de Neuropsicología Humana*. Mexico: McGrawHill. 49-69.

[], s.d., Associação AVC, consultado a 15 de Março de 2012 através de <http://associacaoavc.pt/Informacao/Menu6/Page1.php>

ANEXOS

ANEXO 1
(ARTIGO TEÓRICO)



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**IMPACTO DA PERCEÇÃO DA IMAGEM CORPORAL
APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO
DESENVOLVIMENTO DE DEPRESSÃO**

Inês Sofia Correia de Aguiar Lourenço

Orientador de Dissertação:

PROF.^a DOUTORA ANA ROSA TAPADINHAS

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

2012

RESUMO

Actualmente tanto os Acidentes Vasculares Cerebrais como a consequente Depressão apresentam uma prevalência elevada na população portuguesa, constatando-se uma larga investigação nestas áreas. Todavia, no que diz respeito à análise do impacto da percepção da Imagem Corporal sobre um possível desenvolvimento ou agravamento de um quadro depressivo após um Acidente Vascular Cerebral (AVC) poucos estudos se encontram. Com o avanço das Neurociências, diversos estudos correlacionam ainda a hipótese controversa da localização do AVC ser um factor importante no desenvolvimento da depressão. Adicionalmente a variável imagem corporal, entendida como a representação mental do próprio corpo, impõe-se no entendimento da deficiência física adquirida após AVC e das reacções emocionais desencadeadas face a todas as mudanças e percas abruptas que surgem na vida do sujeito e na forma como este experiencia e se adapta ao seu novo corpo. Este artigo procura responder e fundamentar teoricamente se a percepção da imagem corporal do indivíduo que sofreu um AVC pode ter impacto no desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

Palavras-Chave: Acidente Vascular Cerebral; Auto-Estima, Imagem Corporal; Depressão Pós Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

Stroke and consequent depression have a high prevalence in the Portuguese population, though there is currently a large research in these areas. However, there are few studies with regard to analyzing the impact of the perception of body image on a possible development or worsening of depressive disorder after a cerebrovascular accident (CVA). The advancement of Neurosciences, several studies have correlated the controversial hypothesis of the location of the stroke to be an important factor in the development of depression. Additionally body image variable, understood as the mental representation of the body itself, imposes on the understanding of acquired disability after stroke and trigger emotional reactions in face of all the changes and abrupt losses that arise in the life of the subject and how this experience and adapts to his new body. This article seeks to answer and justify theoretically if the body image perceptions of the individual who has suffered a stroke can have an impact in the development of depressive symptoms.

Keywords: Stroke, Self-Esteem, Body Image, Depression After Stroke

INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta uma revisão da literatura sobre os AVC's, o impacto da percepção da imagem corporal nestes indivíduos, como variável relevante na adaptação e ajustamento das reacções emocionais à deficiência física adquirida, e o desenvolvimento da Depressão Pós- Acidente Vascular Cerebral (DPAVC).

O AVC é a lesão cerebral adquirida com maior prevalência na população portuguesa, sendo, segundo a *Organização Mundial de Saúde*, a terceira causa de morte, depois do ataque cardíaco e do cancro. (*Cancela*, 2008) A incidência parece aumentar com a idade, afectando 200/100.000 sujeitos com 45 anos e mais de 8000/100.000 com idade igual ou superior a 75 anos. A pessoa que sofre um AVC, consoante as deficiências adquiridas, vê-se perante várias mudanças e limitações em diferentes áreas, não só atingindo o corpo do sujeito, como prejudicando também a sua vida relacional e profissional, alterando de forma significativa o modo como o indivíduo se vê a si próprio, como se relaciona com os outros e como perspectiva e organiza a sua vida. (*Oliveira*, 2001)

De acordo com a literatura verifica-se que a imagem corporal é um constructo multidimensional, decorrendo de um processo contínuo e dinâmico presente ao longo de toda a vida dos indivíduos. (*Alves e Duarte*, 2010; *Morgado*, 2009; *Barros*, 2005; *Furnham e Badmin*, 2002)

O indivíduo que sofreu um AVC é confrontado com muitas perdas e mudanças vendo-se obrigado a reestruturar o seu novo Eu que se encontra comprometido devido às alterações na auto-imagem e nas interacções com o meio e com os outros. O modo como a pessoa com deficiência física incorpora a sua nova condição é um processo único e individual, não deixando de coexistir um padrão comportamental tendencial de perturbações depressivas, ansiedade, baixa auto-estima e auto-conceito após AVC. (*Alves e Duarte*, 2010)

Segundo a Associação AVC (2012), a depressão é a complicação psicológica mais frequente após AVC, encontrando-se associada com o aumento da mortalidade, maior prejuízo no desempenho funcional e ocupacional do indivíduo, hospitalizações mais prolongadas e redução da qualidade de vida. No entanto o diagnóstico nem sempre é fácil devido à etiopatogenia multifactorial e aos sintomas neurocognitivos e físicos resultantes do AVC, apresentando-se numa relação complexa o vínculo entre AVC e depressão.

Desta forma, parece-nos pertinente explorar a dinâmica entre estes constructos e o impacto que possam ter na saúde emocional e mental dos indivíduos que sofreram um AVC.

METODOLOGIA

Objectivo deste artigo foi fazer uma revisão da literatura apoiada em uma pesquisa electrónica através da base *PsycInfo* (da EBSCO) e uma revisão complementar a partir das referências citadas. Através do *Thesaurus* procurou-se as seguintes palavras-chave: *Body Image*, *Stroke*, e *Depression*, encontrando-se respectivamente outras *Key-words* como *Acquired Brain Injury*, *Post-stroke Depression* e *Narcissism*. Seleccionou-se então as várias bases *PsycINFO*, *PsycARTICLES*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *PEP archive* e a *Psybooks* fazendo-se pesquisas avançadas sucessivas até identificar a forma ideal: *Acquired Brian Injury**, *Body Image** and *Depression**. Foram usados os seguintes limitadores: *link* para texto completo, ano de publicação 2006-2012, analisado por especialistas, na faixa etária “*Adulthood (18 yrs & older)*”, metodologia *Literature Review*, tipo de documento *Article* e procura no campo “*Title*” e “*All Text*”, respectivamente, obtendo-se apenas 3 Títulos.

ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS

Segundo *Cancela* (2008) os AVC's são uma das lesões cerebrais adquiridas com maior prevalência na população portuguesa. É uma das primeiras causas de mortalidade, sendo considerada a principal causa de incapacidade física e mental.

Entre os principais factores de risco de AVC, encontram-se a arteriosclerose, a hipertensão arterial, o tabagismo, o colesterol elevado, a diabetes, a obesidade, doenças das válvulas e arritmias cardíacas, dilatações do coração, a hereditariedade, sedentarismo, o uso de anticoncepcionais orais, a idade e a presença de Acidentes Isquémicos Transitórios (AIT's) prévios. (*Cancela*, 2008)

De acordo com a *European Stroke Initiative* (EUSI) (2003), o AVC caracteriza-se por um *deficit* neurológico súbito, provocado por uma isquemia ou hemorragia no sistema nervoso central por ruptura vascular. Consoante a etiologia do AVC, assim se classifica de AVC isquémico (do subtipo lacunar, trombótico ou embólico) ou AVC hemorrágico (do subtipo intracerebral, subaracnóide, intravascular ou subdural).

Chen, Lee e Li (2009) afirmam que a incidência de AVC's isquémicos é mais elevada que os hemorrágicos, especialmente em idades superiores aos 55 anos.

Segundo *Ferro e Pimentel* (2006) os AVC's não se distribuem espacialmente pelo encéfalo ao acaso. Seguem a distribuição dos territórios arteriais, no caso dos AVC's isquémicos, ou dos locais de maior fragilidade vascular, no caso dos hemorrágicos.

Rains (2004) refere que o cérebro encontra-se dividido em três territórios: o cérebro anterior (prosencefalo), o cérebro médio (mesencefalo) e cérebro posterior (romboencefalo).

O território anterior (procencefalo) inclui o córtex cerebral, gânglios da base, sistema límbico (que em conjunto formam o telencefalo) e o diencefalo, sendo as estruturas que se encontram mais relacionadas com a função cognitiva.

O território médio e o posterior formam o tronco cerebral, responsáveis pela regulação e manutenção dos processos vitais, como a respiração, função cardíaca e a homeostasia, assim como pelo controlo do sono e estado de vigília, das emoções, da atenção e consciência.

O território posterior subdivide-se: na protuberância anular ou ponte, responsável pela função auditiva, vestibular, motricidade, sensibilidade facial e da boca e motricidade ocular externa; no cerebelo, que fornece informações sobre o estado do corpo, a partir das áreas sensoriais que processam a informação visual, auditiva e vestibular, tendo um papel central na destreza e coordenação do movimento corporal e no bulbo raquidiano, responsável pela informação sensitiva, sentido da posição corporal, cinestésias, processamento vestibular, sensibilidade facial, boca, língua, garganta e abdómen e inervação de órgãos do corpo, cruciais para a manutenção da vida, como as vísceras, coração e músculos do aparelho respiratório. (*Rains*, 2004)

De acordo com autores acima citados, do AVC podem resultar diferentes tipos de síndromes com características específicas consoante artéria cerebral ocluída e consequente localização e extensão da lesão das regiões cerebrais afectadas. (**Tabela 16**)

Desta forma, podem-se verificar alterações cognitivas e neuromotoras, nomeadamente paralisia motora, como a hemiplegia e/ou hemiparesia e a tetraplegia e/ou tetraparesia, dificuldades perceptivas, como o *neglect* unilateral, apraxias e alterações psicológicas, emocionais e comportamentais, como a depressão, apatia, labilidade emocional e alterações da personalidade.

Tabela 16: *Síndromes Vasculares (Adaptado de Cancela, 2008)*

Artérias	Síndromes Clínicas
Artérias Cerebral Anterior	<ul style="list-style-type: none"> - Hemiparésia (<i>paralisa parcial</i>) contralateral, mais acentuada no membro inferior; - Perda sensorial contralateral; - Alterações do funcionamento esfinteriano anal e vesical; - Manifestações mentais (mais nítidas e estáveis se o AVC for bilateral); - Alterações do comportamento (se o AVC do lobo frontal for intenso).
Artérias Cerebral Média	<ul style="list-style-type: none"> - Afasia (<i>alteração da função da linguagem</i>), quando o hemisfério dominante é lesado; - Hemiplegia (<i>paralisia total</i>) e/ou hemiparésia contralateral, mais acentuada na face e membro superior; - Hemianópsia homónima (<i>perda da visão na metade dos campos visuais de ambos os olhos</i>); - Hemihipostesia (<i>perda ou diminuição da sensibilidade em metade do corpo</i>); - Apraxia (<i>perda da capacidade de executar movimentos funcionais precisos, apesar da pessoa ter competências físicas para realizar o movimento</i>); - Alexia (<i>incapacidade de leitura</i>).
Artéria Cerebral Posterior	<ul style="list-style-type: none"> - Síndromes sensoriais talâmicos ; - Alterações de memória (lesão bilateral); - Hemianópsia homónima; - Síndrome de Anton (<i>negação psíquica da cegueira</i>); - Cegueira cortical (<i>perda bilateral da visão com resposta pupilar normal e com exame ocular sem anormalidades</i>), provocada por lesão bilateral dos lobos occipitais associada a agnosia (<i>perda da capacidade de reconhecer pessoas, objectos, sons e formas</i>);

	<ul style="list-style-type: none"> - Dislexia sem agrafia (<i>perturbação da leitura mantendo conservada a capacidade da escrita</i>); - Hemiplegia fugaz; - Ataxia (<i>incapacidade de coordenação dos movimentos musculares voluntários</i>).
Artéria Carótida Interna	<ul style="list-style-type: none"> - Hemiplegia contralateral com hemipostesia e afasia (<i>quando o hemisfério cerebral dominante é lesado</i>); - Isquemia retiniana com obnubilação ou perda da visão no olho homolateral; - Inconsciência no momento da oclusão.
Artéria Basilar	<ul style="list-style-type: none"> - Hemiplegia contralateral ou tetraplegia (<i>paralisia dos membros superiores, inferiores e tronco</i>); - Paralisia facial; - Disartria (<i>dificuldade na articulação de palavras</i>) e disfagia (<i>dificuldade na deglutição</i>); - Síndrome de Horner homolateral (<i>paralisia óculo-simpática</i>); - Perda de consciência e presença de vertigem.
Artéria Vertebrobasilar	<ul style="list-style-type: none"> - Sinais de lesão de nervos cranianos e de conexões cerebelosas homolaterais com sinais sensitivos e motores nos membros contralaterais; - Síndrome de Weber (<i>paralisia do nervo oculomotor e hemiparesia ou hemiplegia contralateral</i>) - (lesão localizada nos pedúnculos cerebrais); - Paralisia homolateral do nervo oculo-motor comum; - Hemiplegia contralateral.

A literatura reflecte que adicionalmente aos efeitos psicológicos causados pelas lesões cerebrais adquiridas com o AVC, só o facto de padecer de uma patologia grave, estar hospitalizado e/ou enfrentar a realidade de ter de se viver com uma deficiência física crónica, pode naturalmente, afectar profundamente a saúde emocional do sujeito. Desta forma, numa fase inicial de adaptação à deficiência física, a pessoa pode-se sentir sintomatologia ansiosa ou depressiva, frustração, revolta e desorientação, sentimentos que supostamente desaparecerão ou atenuar-se-ão com o tempo decorrido da lesão e

consoante as experiências positivas vivenciadas no processo de reabilitação e suporte familiar e social sentido. No entanto, podem-se verificar casos de permanência e/ou agravamento da sintomatologia que evoluem para quadros depressivos. (Oliveira, 2001)

AUTO-ESTIMA

Heatherton e Wyland (2003) baseando-se na teoria clássica de *Coopersmith* (1967), definem a auto-estima como uma avaliação que o indivíduo faz, e comumente mantém, em relação a si mesmo. É atitude que expressa o sentimento de aprovação ou de repulsa de si próprio (do *self*) e refere-se ao quanto um sujeito se considera capaz, significativo, bem-sucedido e valioso.

Segundo estes autores, a auto-estima pode ser entendida como um juízo pessoal valorativo, traduzido nas atitudes que o indivíduo tem consigo mesmo e nas crenças pessoais sobre as habilidades, capacidades, relacionamentos sociais e acontecimentos futuros. Desta forma a auto-estima é a resposta emocional que a pessoa percebe quando contempla e avalia diferentes coisas de si mesma, podendo influenciar a resposta do sujeito à doença/deficiência. (*Chang e Mackenzie*, 1998)

A percepção que o indivíduo tem do seu próprio valor e avaliação que faz de si mesmo em termo de competência constituem os pilares fundamentais da auto-estima. Desta forma, a auto-estima constitui uma experiência subjectiva, acessível às pessoas através de relatos verbais e comportamentos observáveis. (*Coopersmith*, 1989)

De acordo com *Heatherton e Wyland* (2003) existem várias teorias sobre a origem da auto-estima.

A teoria de *William James* (1890) que defende que a auto-estima desenvolve-se a partir da acumulação de experiências pessoais bem-sucedidas numa dimensão importante para o sujeito, partindo do pressuposto que auto estima é equivalente a sucessos/preensões.

A teoria mais conhecida e que tem servido de base para muitas outras é a proposta por *Cooley* (1902) “*The looking-glass self*”, na qual sustenta que o indivíduo e a sociedade não existem separadamente, mas que um é o produto do outro. Por outras palavras, a forma como nos vimos a nós mesmos é fortemente influenciada pela maneira como os outros nos vêem.

A teoria social, por sua vez, acredita que o ser humano tem uma necessidade de pertencer a um grupo para que possa sobreviver e reproduzir-se, sendo que a auto-

estima funciona como um monitor da probabilidade de exclusão ou inclusão social. Segundo esta teoria, os indivíduos que apresentam uma elevada auto-estima percebem-se com uma baixa probabilidade de rejeição, sendo que não se preocupam com a maneira como os outros os vêem. Em contraste, os sujeitos que apresentam baixa auto-estima preocupam-se com a probabilidade iminente de rejeição, encontrando-se altamente motivados para causar boa impressão pública. Estes dados da teoria social evidenciam que a baixa auto-estima encontra-se positivamente correlacionada com a ansiedade social.

Todavia, existem na literatura controvérsias quanto a conceptualização da auto-estima como um traço global da personalidade ou como um traço multidimensional com subcomponentes independentes. (*Heatherton e Wyland, 2003*) A primeira perspectiva considera a auto-estima uma atitude global que contempla todos os aspectos da vida do indivíduo (avaliações de domínios específicos, factores da personalidade e bem-estar psicológico). A segunda perspectiva conceptualiza a auto-estima como um constructo com uma hierarquia de componentes, nomeadamente a auto-estima de desempenho, a auto-estima social e a auto-estima corporal. Cada um destes componentes da auto-estima pode ser subdividido em componentes mais específicos. A auto-estima de desempenho refere-se a um sentido de competência geral e inclui as capacidades intelectuais, desempenho escolar e laboral. A auto-estima social diz respeito a como as pessoas acreditam que os outros as vêem. Se as pessoas acreditarem que o outro significativo as valoriza e as respeita, elas vão perceber uma elevada auto-estima social.. Estes indivíduos estão mais atentos a sua imagem e preocupam-se com o que os outros podem ver deles. A auto-estima corporal refere-se a como a pessoa vê o seu corpo e inclui as capacidades atléticas, aparência física, imagem corporal, assim como estigmas físicos e sentimentos raciais e étnicos. Nesta perspectiva, a auto-estima é o somatório de todos os componentes, ponderados pela sua importância para o autoconceito. Ou seja, as pessoas têm elevada auto-estima na medida que se sintam bem com as coisas que são importantes para elas.

Em relação à conceptualização da auto-estima várias teorias consideram-na como um traço estável da personalidade e outras como um estado especificamente ligada ao contexto. Sendo um traço estável da personalidade, a auto-estima é construída vagarosamente ao longo do tempo, através de experiências pessoais bem-sucedidas, sendo valorizada continuamente por pessoas significantes. A auto-estima como um estado ligada ao contexto, pode ser momentaneamente manipulada ou afectada.

Entretanto uma visão subsequente sustenta que a auto-estima pode ser considerada tanto como um estado quanto um traço. Ou seja, apesar de uma pessoa se sentir bem com ela mesma, pode haver alturas em que pode experimentar insatisfações ou ter dúvidas sobre si própria. (*Heatherton e Wyland, 2003*)

Vários estudos indicam que homens e mulheres divergem na origem da auto-estima, sendo que as mulheres são mais influenciadas pelas relações sociais e os homens pelos resultados bem-sucedidos. (*Heatherton e Wyland, 2003*)

Estes autores acreditam que existam inúmeros benefícios em ter uma percepção positiva do *Self*. Segundo a literatura as pessoas que apresentam uma elevada auto-estima encontram-se mais saudáveis e satisfeitos psicologicamente, enquanto que as pessoas com baixa auto-estima encontram-se mais angustiadas psicologicamente e possivelmente deprimidas. As pessoas que possuem uma elevada auto-estima sentem-se bem com elas próprias, são capazes de lidar eficazmente com desafios e com críticas negativas, e socialmente acreditam que as pessoas lhes dêem valor e respeitem. A maioria das pessoas com elevada auto-estima parece viver uma vida feliz e produtiva. Em contraste, as pessoas com baixa auto-estima vêem o mundo através de um filtro mais negativo e geralmente estão insatisfeitas consigo próprias e com tudo que as rodeiam. Verifica-se assim evidências significativas que mostram associações entre a auto-estima e a depressão, a introversão, isolamento e alienação, sendo que a auto-estima pode ser considerada como um sintoma depressivo ou um factor causal de depressão reactiva. (Chang e Mackenzie, 1998) Desta forma, parece que a auto-estima é vital para o bem-estar psicológico das pessoas.

IMAGEM CORPORAL

Barros (2005) afirma que a origem do conceito de imagem corporal surge no século XVI, em França, com o médico e cirurgião *Ambroise Paré*. Ao longo da história, vários nomes se salientam, porém a maior contribuição nesta área foi em 1935, por *Paul Schilder* com experiência em neurologia, psiquiatria e psicologia, quando afirma que a imagem corporal não é só uma construção cognitiva, mas também uma reflexão dos desejos, atitudes emocionais e interacção com os outros. Desta forma a nossa imagem corporal chega-nos através dos sentidos e não se trata de uma mera percepção, sensação e/ou imaginação.

Morgado (2009) entende por imagem corporal a representação mental do nosso corpo, o modo pelo qual o corpo se apresenta ao próprio sujeito. A construção da imagem corporal é um processo contínuo e dinâmico, consistindo em um constructo multidimensional composto de representações sobre o tamanho e aparência do corpo e de respostas emocionais associadas ao grau de satisfação suscitado por essas percepções. Esta representação é influenciada por diversos factores, nomeadamente fisiológicos, libidinais e sociológicos. Desta forma, além da estrutura anátomo-fisiológica geneticamente definida e dos aspectos libidinais, o indivíduo vivencia igualmente as imagens corporais do outro. Assim sendo, os corpos que constituem a cultura de uma sociedade influencia na representação da imagem corporal do sujeito.

Barros (2005) acredita que a imagem corporal não é puramente neurológica nem mental, as emoções têm um papel muito importante no desenvolvimento da imagem corporal.

Desta forma, verifica-se que há uma interacção de factores fisiológicos, neuronais, emocionais e sociais e que alterações e qualquer um destes factores interferem na experiência do corpo.

Alves e Duarte (2010) referem que as experiências corporais têm como função principal fornecer um limite pessoal que separe o eu, como entidade psicológica interna, do mundo externo, atendendo cada uma das seguintes funções: a) Registo sensorial e processador de informações sensoriais, sendo essencial para todas as percepções, aprendizagem e memórias; b) Instrumento para a acção; c) Fonte de necessidades, tendências e reflexos; d) Estímulo para o *Self*; e) Estímulos social; f) Instrumento de expressão; g) Mundo privado.

As experiências corporais podem ser realizadas a diferentes níveis:

- **Esquema corporal:** A percepção do corpo a este nível possibilita informações sobre a localização de estímulos na superfície corporal e a localização das partes do corpo no espaço. Dá-nos informação se as experiências são agradáveis ou desagradáveis.
- **Eu corporal:** As experiências corporais são elaborações do esquema corporal. Na sua maioria, estão relacionadas com a identidade pessoal, estabelecendo julgamentos das experiências vivenciadas, como bom ou mal, desejável ou indesejável, moral ou imoral.
- **Corpo fantasiado:** São as representações corporais.
- **Conceito corporal:** Relaciona-se com o conhecimento estruturado sobre o corpo, adquirido na sua maioria através da educação e de experiências vivenciadas. Um bom conceito corporal é promotor de saúde e bem-estar.

Segundo *Alves e Duarte* (2010) as percepções e sentimentos que as interacções sociais proporcionam modificam o modo como nos vemos. As alterações que ocorrem no corpo por doenças, nomeadamente um AVC, comprometem a imagem corporal, alterando a auto-imagem e as interacções com o meio e com os outros.

Howes, Edwards & Benton (2005a; 2005b) afirmam que um AVC afecta a forma como a pessoa se vê a si mesma, defendendo que qualquer declínio percebido na funcionalidade ou habilidade para fazer algo pode ser vivido de forma negativa para a sua auto-imagem e consequente auto-estima.

De acordo com *Alves e Duarte* (2010) para a compreensão dos efeitos causados pela deficiência física em cada pessoa é fundamental que sejam analisados as mudanças provocadas nos vários níveis e funções da experiência corporal. Segundo este autor as alterações na imagem corporal decorrentes de um AVC são produto das mudanças ocorridas nas experiências corporais do sujeito, não havendo uma imagem corporal característica da pessoa com deficiência física, ou neste caso, com AVC. Desta forma, o modo como o indivíduo com deficiência física incorpora a sua nova condição é um processo único, dependente dos valores e conceitos de cada um. No entanto, a pessoa com deficiência física pode apresentar algumas tendências comportamentais em comum, nomeadamente a depressão, ansiedade, baixa auto-estima e auto-conceito. A personalidade do indivíduo anterior ao AVC exerce ainda uma grande influência nas reacções apresentadas face à deficiência física e às consequentes mudanças na imagem corporal.

Com frequência constatamos que as pessoas com deficiência física são alvo de exclusão social ou excluem-se elas mesmas como fuga ou forma de isolamento social, devido a não se enquadrarem no estereótipo de corpo perfeito/corpo ideal. De acordo com *Tavares* (2007) este comportamento pode provocar alterações na percepção da sua imagem corporal, ou seja, na representação mental da identidade corporal, visto ter influência neste constructo os aspectos fisiológicos, sociais e emocionais.

A pessoa com deficiência física na sociedade actual ainda é vítima do estigma social da dualidade belo/feio, novo/velho, forte/fraco, saudável/doente, útil e produtivo/inútil e improdutivo, sendo obviamente associada ao conceito negativo. O ideal de corpo perfeito é massificado, explorado e investido pela sociedade, pela cultura e pelos indivíduos.

Actualmente, tanto o sexo feminino com o masculino vê-se pressionado a atingir o corpo ideal da sua cultura, caso contrário acaba por sofrer de diferentes formas de exclusão social por não se enquadrarem nos padrões normativos sociais.

O indivíduo que sofreu um AVC é confrontado com muitas perdas e mudanças vendo-se obrigado a reestruturar o seu novo Eu.

A perda do autoconceito é para *Howes et al.* (2005b) uma das consequências mais profundas e perturbadoras das lesões cerebrais adquiridas. Uma parte importante do autoconceito é a visão subjectiva do próprio corpo, estado de saúde, aparência física, capacidades e sexualidade, factores que determinam a imagem corporal. Após um AVC a imagem corporal pode mudar devido a alterações na percepção, no entanto mesmo aqueles que não padeçam destas alterações neurológicas têm de ajustar a alteração na imagem corporal devido à doença ou à incapacidade.

Howes et al. (2005a) acredita que existam diferenças na imagem corporal de acordo com o género, na natureza e magnitude dos conceitos de peso, aparência e funcionalidade. Enquanto o conceito de peso nas mulheres centra-se na perda de peso, os homens são divididos igualmente entre aqueles que desejam perder peso e os que desejam ganhar. Os homens tendem a dar mais importância às funções corporais directamente relacionadas com a sexualidade, enquanto as mulheres dão ênfase a resistência e condição física. A atracção sexual encontra-se fortemente correlacionada com a auto-estima das mulheres, enquanto nos homens é a condição física.

Igualmente *Heatherton e Wyland* (2003) afirmam que as mulheres têm tendência para se sentirem mais insatisfeitas com a imagem corporal do que os homens. As mulheres são mais propensas a avaliar negativamente características corporais específicas, nomeadamente o peso corporal, o que demonstra ansiedade na avaliação da sua aparência física. A insatisfação da imagem corporal feminina encontra-se habitualmente relacionada com a percepção de excesso de peso e com o desejo de o perder. Em contraste, os homens são mais propensos a perceberem os seus corpos como instrumentos de acção e obtêm auto-estima da percepção da sua força muscular.

De acordo com *Pimenta, Villegas, Rastrollo, López e González* (2009) a perturbação da imagem corporal é definida como a distorção da percepção, comportamento ou cognição relacionada com o peso ou forma do corpo, estando-se a tornar uma perturbação clínica comum entre a população. Menciona ainda que os típicos padrões estéticos das culturas ocidentais, baseados no estereótipo de um corpo magro para as mulheres e um corpo musculado para os homens, são considerados como

possíveis determinantes da perturbação da imagem corporal. Enquanto a maioria das mulheres desejam perder peso, mesmo quando os seus parâmetros antropométricos encontram-se normais, um número significativo de homens demonstram insatisfação muscular.

Estes autores encontram evidências que os homens com lesão cerebral adquirida manifestam menos satisfação com a sua imagem corporal. Ou seja, após uma lesão cerebral adquirida ocorre alterações de algumas áreas da imagem corporal. A nova imagem corporal vai reflectir uma maior preocupação com a funcionalidade do que com a aparência. As partes do corpo percebidas, pelos homens com lesão cerebral adquirida, como significativamente menos satisfatórias foram o apetite, reflexos, força muscular, coordenação motora, agilidade, braços, e pernas, assim como os órgãos sexuais e a actividade sexual.

Segundo *Furnham Badmin e Sneade* (2002) e *Gardner* (2004) a satisfação ou insatisfação corporal encontra-se relacionada com a discrepância entre o corpo considerado representativo do real, isto é o *Self Real*, e o corpo representativo do ideal ou *Self Ideal*. O desejo por uma aparência diferenciada do corpo real pode reflectir um quadro de insatisfação com as próprias dimensões, formas corporais e com a aparência física, o que pode sufocar a subjectividade do sujeito e levá-lo a quadros de perturbações psíquicas e alimentares.

DEPRESSÃO PÓS AVC

Apesar da depressão ser reconhecida como uma importante complicação dos AVC's, existem incertezas quanto à sua etiologia, factores de risco e na gestão da prevenção e tratamento.

A relação entre AVC e depressão é complexa, inclusive no sentido inverso da relação, em que a depressão aumenta o risco de ocorrência de AVC.

Vários estudos corroboram com a *Associação AVC* (2012) quando afirma que a Depressão Pós AVC (DPAVC) é um dos efeitos psicológicos mais comuns, no primeiro ano após AVC, período inicial da recuperação, no qual a pessoa se torna mais consciente de como a sua deficiência e incapacidade pode ou vai afectar a sua vida quotidiana. Frequentemente, este quadro encontra-se associado a um aumento da mortalidade, agravamento das sequelas físicas e da linguagem, hospitalização prolongada e redução da qualidade de vida.

Segundo *Hackett e Anderson* (2005), na população em geral, o risco depressão aumenta com a idade e duas vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens.

Segundo *Silva e André* (2005) existem duas linhas principais de estudo que investigam as causas dos sintomas depressivos pós AVC.

Na década de 80 e 90, surge a primeira linha, o modelo biológico, com os grupos pioneiros de *Robinson* e os de *Starkstein* que procuraram relacionar o mecanismo neuropatogénico subjacente e directamente relacionado à DPAVC. Estes estudos encontraram resultados convergentes que indicavam uma relação causal directa entre a depressão e as correlações neuroanatómicas do AVC, propondo a hipótese da localização da lesão.

Posteriormente surge uma segunda linha, o modelo psicológico, para contrapor o modelo anterior, com os grupos de estudo de *Shimoda e Robinson* (1999) e os de *Narushima* (2003). Segundo *Silva e André* (2005) esta corrente sugere que a depressão surgiria como uma reacção psicológica aos prejuízos e incapacidade trazidos pela doença e como forma de o indivíduo expressar emoções, em função de um evento adverso e ameaçador, sem implicação directa com particular fisiopatologia do AVC ou da depressão.

A literatura suporta explicações neuropsicológicas e psicossociais para a depressão após uma lesão cerebral adquirida, nomeadamente a defendida por *Howes et al.* (2005a), que após a lesão ocorre uma depressão reactiva devido a ocorrer múltiplas perdas que o indivíduo tem de se adaptar, nomeadamente o reconhecimento que o antigo *self* pré-mórbido está diminuído ou ausente.

Numa perspectiva psicodinâmica, *Oliveira* (2001) afirma que o novo estado de saúde, só por si, pode desencadear alterações no comportamento e no modo de ser do indivíduo. As perdas de capacidades significam essencialmente, perdas de aspectos do próprio ego, destruturando os relacionamentos a múltiplos níveis. O sofrimento com que é vivido estas perdas inerentes à deficiência resulta de conflitos psíquicos envolvendo dimensões como a percepção do *self*, auto-estima, a capacidade de lidar com as perdas e a percepção dos processos relacionais.

As respostas emocionais da pessoa que vivencia uma deficiência física são relativamente previsíveis, no entanto sujeitas a uma importante variabilidade individual como os factores psicodinâmicos, aspectos culturais, recursos sociais e materiais, fases do ciclo de vida e história pessoal prévia.

Oliveira (2001) refere que os processos intrapsíquicos que permitem a uma pessoa superar uma experiência de perda, possibilitando-nos perceber o processo de luto aplicado à perda da parte do corpo: negação, aceitação gradual, depressão e progressivo desinvestimento em relação ao objecto, são de uma forma geral, os principais mecanismos de defesa do ego utilizados pelo indivíduo.

Segundo esta perspectiva a incapacidade física adquirida pode ser percebida como uma falha narcísica profunda. Sendo que as deficiências físicas podem gerar distúrbios emocionais, perda de identidade e baixa de auto-estima.

Oliveira (2001) invoca dois mecanismos principais para explicar a DPAVC: existe uma reacção psicológica à situação desencadeada pelo AVC, ou então predomina uma alteração de ordem neurológica ou biológica responsável pelos sintomas emocionais. As depressões precoces poderão estar relacionadas com um elemento biológico, enquanto as depressões tardias farão intervir o handicap funcional, assim como as capacidades de adaptação do indivíduo e a qualidade do apoio social.

Matos (2001) designa esta depressão de narcísea ou depressão de inferioridade na qual persistem sentimentos de inferioridade e ruína narcísica. O indivíduo que vivencia no corpo as sequelas de um AVC vive um conflito ou discrepância narcísica onde coexiste uma disparidade entre a auto-imagem vivida com real e o Eu Ideal/Ideal do Eu, a imagem idealizada e desejada do próprio. Existe assim, uma idealização do outro e uma desidealização de si mesmo e uma consequente perda projectiva da idealidade.

Paralelamente, e de acordo com uma perspectiva cognitiva, que postula que os afectos são secundários à cognição, sendo este o modo como vivenciamos e interpretamos os acontecimentos. Desta forma existe uma inter-relação entre cognição, emoção e comportamento que está implicada no funcionamento dito normal do ser humano.

Beck afirma que *“a cognição é um factor determinante da doença, o transtorno cognitivo é o elemento primário da psicopatologia, e as construções negativas do pensamento são os primeiros na cadeia sintomatológica.”* (*Bahls*, 1999) Deste modo, um acontecimento pode gerar diferentes formas de sentir e agir em diferentes pessoas, mas não é o acontecimento e si que gera as emoções e comportamentos, mas sim o que pensamos, ou seja a cognição que formamos, sobre este mesmo acontecimento. Isso significa que as emoções e comportamentos são influenciados pelo pensamento/cognição.

No modelo cognitivo a depressão é explicada segundo três conceitos: a tríade cognitiva, os esquemas cognitivos disfuncionais e as distorções ou erros cognitivos.

Segundo, *Schafer, Menegotto e Tisser* (2010) a tríade cognitiva consiste no facto de o indivíduo apresentar uma visão negativa e persistente em relação a três aspectos fundamentais: sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro. Os esquemas cognitivos referem-se à forma sistemática como a pessoa interpreta as situações adequando-as às suas referências vivenciais que categorizam e avaliam as experiências. Na organização estrutural do indivíduo deprimido estas referências encontram-se disfuncionais gerando percepções distorcidas da realidade. O indivíduo perde grande parte do controlo dos seus pensamentos e não consegue recrutar outros esquemas que melhor se adaptem às situações. Os erros cognitivos, por sua vez, representam as distorções que acontecem no processamento das informações, no sentido de adaptar a realidade aos esquemas negativos. São erros sistemático e automáticos que reforçam a crença nos seus conceitos depressivos, parecendo óbvios e naturais para o indivíduo.

Por sua vez, *“Bandura destaca que as pessoas deprimidas apresentam expectativas de desempenho excessivamente elevadas o que conduz a experimentar pouco sucesso e muitos fracassos, induzindo-as a prestar uma atenção selectiva aos acontecimentos negativos, realizando uma auto-avaliação negativa.”* (Bahls, 1999)

No caso dos indivíduos que sofreram um AVC, todo o processo de luto que passam face às perdas vividas é segundo *Alves e Duarte* (2010) constituído por quatro estágios comportamentais:

1º Fase de Choque: Esta fase tem lugar logo após os primeiros cuidados médicos após AVC e corresponde a um estado de confusão onde o indivíduo ainda não conseguiu perceber a magnitude do sucedido. Nesta fase a pessoa interrompe o seu vínculo com o mundo exterior, numa tentativa inconsciente de proteger a sua imagem corporal, mantendo-a íntegra;

2º Fase de Negação: O indivíduo começa a tomar consciência da sua condição, porém de forma distorcida com tendência a negar as suas limitações e/ou partes do corpo.

3º Fase de Reconhecimento: Nesta fase o indivíduo começa a tomar consciência da sua real situação. Começa a experimentar as mudanças da sua própria imagem. É nesta fase de consciencialização das incapacidades e desvantagens que a pessoa ou consegue passar à fase seguinte de adaptação ou desenvolve um processo depressivo por incapacidade de se reestruturar e integrar a unidade do self face à sua nova condição.

4º Fase de Adaptação: Nesta fase o indivíduo apresenta uma atitude mais proactiva com o meio envolvente (família, social e processo de reabilitação).

Surge ainda outra abordagem, mencionada por *Silva e André* (2005), com base em uma diferente perspectiva biológica causal, a hipótese da Depressão Vascular, que estabelece que as doenças cerebrovasculares, nomeadamente o AVC, como factores potenciais na etiologia da depressão de instalação tardia

Mais recentemente, alguns estudos demonstraram uma mudança nessa relação causal, sugerindo uma relação bidireccional entre a depressão e algumas doenças neurológicas.

Silva e André (2005) menciona ainda outros autores que apontaram o papel dos sintomas depressivos *per se* como factor de risco para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares, inclusive o AVC, a chamada depressão pré-AVC.

A etiopatogenia da DPAVC é multifactorial, podendo incidir em qualquer pessoa, independentemente da idade, género, antecedentes ou gravidade do AVC. Todavia, *Terroni, Mattos, Sobreiro, Guajardo e Fráguas* (2009) refere que existe uma associação a alguns factores de risco, nomeadamente o sexo feminino, faixas etárias mais jovens, classe social precária, antecedentes de perturbação depressiva e AVC's prévios, factores psicológicos decorrentes das alterações provocadas pelas lesões neurológicas, factores hormonais como a alteração do eixo hipófise-hipotálamo-adrenal (HHA), *deficits* neuropsicológicos e localização do AVC.

Esta autora refere ainda que na prática clínica é difícil avaliar a importância a ser dada aos sintomas depressivos durante a avaliação da depressão no período posterior ao AVC, pois muitas vezes são acompanhados por sintomas neurocognitivos e físicos que podem ser sequelas da lesão. Por este motivo muitas pessoas não são avaliadas rotineiramente para a DPAVC e apenas uma minoria é devidamente diagnosticada e tratada.

Apesar de o perfil da sintomatologia da DPAVC não se encontrar bem estabelecido *Terroni et al.* (2009) constata, no entanto, que os sintomas aparecem em três áreas distintas: afectiva, somática e cognitiva. Sendo que os sintomas afectivos incluem a diminuição da reactividade emocional, humor depressivo, anedonia, isolamento social, ansiedade e tristeza. Os sintomas somáticos incluem fadiga, lentificação psicomotora, alterações do apetite, alterações do ritmo sono-vigília e diminuição da libido. Nos sintomas cognitivos encontram-se a dificuldade de concentração, ideação de desesperança, de culpa e de inutilidade, ideação suicida.

Terroni et al. (2009) afirmam que quando a DPAVC é diagnosticada e tratada precocemente, observam-se melhorias na recuperação funcional e redução das alterações cognitivas.

A localização do AVC tem sido considerada um importante factor para a ocorrência da DPAVC, corroborando assim com a hipótese de localização da lesão, defendida pelos grupos de estudo de *Robinson e Starkstein*, reconhecendo a evidente controversa e divergências quanto a associação da DPAVC e a localização do AVC. Todavia e tendo em consideração as divergências dos resultados, estes autores referem que existe uma tendência em aceitar que as áreas cerebrais associadas com maior frequência e maior gravidade de depressão no período agudo pós AVC são a região frontal esquerda e os gânglios da base (caudado, putâmen, pálido). Levantam ainda a hipótese do circuito prefrontosubcortical ser o responsável pela ocorrência da perturbação depressiva major. O AVC na região da amígdala, apesar de raro, foi considerado super-representativo, de DPAVC.

A lateralidade do AVC também é um dos aspectos associados à maior frequência da DPAVC mencionados por *Terroni et al.* (2009). O factor determinante mais importante para o desenvolvimento da depressão até ao terceiro mês do pós AVC foi a localização do AVC no hemisfério esquerdo, sendo que a frequência da depressão foi 10 vezes maior no que nos pacientes com AVC no hemisfério direito.

Contudo, vários autores referem que estudos recentes não encontraram apoio para a hipótese de que o risco para a depressão dependa da localização hemisférica das lesões.

Aben, Denollet, Lousberg, Verhey, Wojciechowshe, Honig (2002) suportam a hipótese que os AVC's no hemisfério esquerdo não se encontram relacionados com o risco de desenvolvimento de DPAVC, reportando estudos que demonstram evidência que lesões nos circuitos prefrontosubcorticais, especialmente no lado esquerdo, são associadas à DPAVC.

Este autor considera que se deve explorar a interacção entre os factores neuro(biológicos), e os psicológicos, nomeadamente o efeito da angústia e estados de humor negativos (neuroticismo), que podem interagir com a doença cerebrovascular na determinação do curso e prognóstico do AVC, mais do que a causa primária do AVC. Conclui que o neuroticismo é um preditor importante da DPAVC, dando enfase à potencial vulnerabilidade que este factor suscita na personalidade de um individuo após o primeiro ano do AVC. Refere que um AVC é um acontecimento negativo na vida do

sujeito podendo este responder com o desenvolvimento de uma depressão, dependendo das interações entre os factores da personalidade do indivíduo e a gravidade das consequências físicas, psicológicas e sociais do AVC.

Hackett e Anderson (2005) verificam que do grande número de variáveis que têm sido consideradas nos diversos estudos sobre a DPAVC, apenas a incapacidade física, a gravidade do AVC e as alterações cognitivas são as mais consistentes. No entanto, também constataam a dificuldade de retirar conclusões convictas devido à heterogeneidade metodológica, limitações da literatura e problemas nos métodos estatísticos.

CONCLUSÃO

Apesar da multiplicidade e heterogeneidade de estudos realizados no âmbito dos AVC's e da DPAVC, os resultados não demonstram uma concordância consistente entre eles. Tanto as características clínicas da DPAVC como a sua etiopatogenia, não são consensuais e a relação que possa existir entre a patologia neurológica, que é o AVC, e a psicopatologia da Depressão pós AVC é ainda ambígua. Isto deve-se fundamentalmente à dificuldade de realizar um diagnóstico diferencial da DPAVC, devido à sobreposição da sintomatologia característica do AVC e da Depressão.

No entanto, constatamos actualmente que os AVC's são uma das lesões cerebrais adquiridas com maior prevalência, a nível nacional e mundial, e a Depressão a consequência psicológica mais frequente após estas lesões.

Ao nível das Neurociências, verifica-se que a localização do AVC e as áreas neuroanatômicas lesadas aparecem-nos como uma variável relevante a ter em consideração no desenvolvimento da DPAVC, mas ainda com muitas lacunas por preencher devido à complexidade e plasticidade do cérebro humano.

Um tema igualmente pouco explorado é a percepção da imagem corporal em indivíduos que tenham sofrido um AVC, sendo que à excepção dos sintomas depressivos, poucos estudos se dedicaram à análise desta variável.

Todavia os estudos realizados verificam que a deficiência física consequente do AVC não acarreta uma imagem corporal característica, sendo um processo de reestruturação do novo Eu único e individual. A pessoa precisa de vivenciar as suas percas dentro dos aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais e será com a vivência do seu corpo que poderá reestruturar a sua nova identidade.

A personalidade prévia e a imagem corporal anterior ao AVC são apontadas também como variáveis igualmente importantes e que exercem um papel relevante neste processo de reestruturação da identidade e ajustamento à deficiência crónica.

Desta forma, é sentida a necessidade de uma caracterização mais consistente da tríade inter-relacional (AVC – Imagem Corporal – DPAVC) e a compreensão do impacto que a percepção da imagem corporal pode ter no desenvolvimento ou agravamento da DPAVC.

REFERÊNCIAS

Aben, I. Denollet, J., Lousberg, R., Verhey, F., Wojciechowski, F., Honig, A. (2002). Personlity and Vulnerability to Depression in Stroke Patiens. A 1-Year Prospective Follow-Up Study. *Stroke – Journal of the American Heart Association*. Consultado a 15 de Março de 2012, através de

<http://stroke.ahajournals.org/cgi//content/full/33/10/2391>.

Alves, M., Duarte, E. (2010). Relação entre a Imagem Corporal e Deficiência Física. Uma pesquisa Bibliográfica. *Revista Digital*. Ano 15, nº143.

Bahls, S. (1999). Depressão: Uma Breve Revisão dos Fundamentos Biológicos e Cognitivos. *InterACÇÃO*. V.3, p.49-60.

Barros, D. (2005). *Imagem Corporal: A Descoberta de Si Mesmo. História, Ciências*. Rio de Janeiro: Saúde-Manguinho. V.12, nº.2.

Cancela, D. (2008). O Acidente Vascular Cerebral – Classificação, Principais Consequências e Reabilitação. *PSICOLOGIA.COM.PT*. Consultado a 15 de Março de 2012, através de

<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>

Chang, A., Mackenzie, A. (1998). State Self-Esteem Following Stroke. *Stroke – Journal of the American Heart Association*. Consultado a 1 Novembro de 2012, através de

<http://stroke.ahajournals.org/content/29/11/2325>

Chen, H., Lee, S., Li, C. (2009). Sex Differences in the Incidence of Hemorrhagic and Ischemic Stroke among Diabetics in Taiwan. *Journal of Women's Health*. 18(5), 647-654.

Coopersmith, S. (1989). *Coopersmith – Self-Esteem Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Ferro, J., Pimentel, J. (2006). *Neurologia. Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel. 77-87.

Furnham, A., Badmin, N., Sneade, I. (2002). Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem and Reasons for Exercise. *The Journal of Psychology*. V.136, nº.6, p. 581-596.

Gardner, R. (2004). Body Image Assessment of Children. *Body Image: A Handbook of Theory, Research & Clinical Practice*. Nova Iorque: Guilford Press. Consultado a 20 de Outubro de 2012, através de

http://www.drugs.am/upload/BODY%20IMAGE_1243919696562.pdf

Hackett, M., Anderson, C. (2005). Predictors of Depression after Stroke. A Systematic Review of Observational Studies. *Stroke – Journal of the American Heart Association*. Consultado a 15 de Março de 2012, através de

<http://stroke.ahajournals.org/cgi//content/full/33/10/2296>.

Heatherton, T., Wyland, C. (2003). Assessing Self-Esteem. *Assessing Positive Psychology*. Washington: APA. 219-233. Consultado a 20 de Outubro de 2012, através de

http://www.dartmouth.edu/~thlab/pubs/03_Heatherton_Wyland_APP_ch.pdf

Howes, H., Edwards, S., & Benton, D. (2005a). Male body image following acquired brain injury. *Brain Injury*, 19(2), 135-147.

Howes, H., Edwards, S., & Benton, D. (2005b). Female body image following acquired brain injury. *Brain Injury*, 19(6), 403-415.

Matos, A. (2001). *A Depressão: Episódios de um Percurso e Busca do seu Sentido*. Lisboa: Climepsi Editores. 386-387.

Morgado, R., Frota, F., Ferreira, C., Elisa, M., Andrade, M., Rodrigues, M., Segheto, J. (2009). Análise dos Instrumentos de Avaliação da Imagem Corporal. *Fitness & Performance Journal*. V.8, nº.3, 204-211.

Oliveira, R. (2001). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física – Uma Abordagem Psicoterapêutica da Incapacidade Adquirida*. Lisboa: ISPA.

Pimenta, A., Villegas, A., Rastrollo, M., López, C., González, M. (2009). Relationship between Body Image Disturbance and Incidence of Depression: The SUN Prospective Cohort. *BioMed Central*. 9(1), 1-9.

Rains, G. (2004). *Principios de Neuropsicología Humana*. Mexico: McGrawHill.49-69.

Schafer, P., Menegotto, L., Tisser, L. (2010). Acidente Vascular Cerebral: As Repercussões Psíquicas a partir de um Relato de Caso. *Ciências e Cognição*. 15(2), 202-215.

Silva, C., Brasil, M., André, C. (2005). Depressão Pós-Acidente Vascular Cerebral: Prevalência, Curso, Diagnóstico e Psicopatologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 54(4), 318-326.

Tavares, M. (2007). *O Dinamismo da Imagem Corporal*. São Paulo: Phorte Editora.

Terroni, L., Mattos, P., Sobreiro, M., Guajardo, V., Fráguas, R. (2009). Depressão Pós-AVC: Aspectos Psicológicos, Neuropsicológicos, Eixo HHA, Correlato Neuroanatômico e Tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 36(3), 100-108.

[], s.d., Associação AVC, consultado a 15 de Março de 2012, através de <http://associacaoavc.pt/Informacao/Menu6/Page1.php>

[], s.d., Eso-Stroke, consultado a 15 de Março de 2012, através de http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf

ANEXO 2

(Tabela 1. Diferenças na Idade em Função do Género do Utente)

Tabela 1. *Diferenças na Idade em Função do Género do Utente*

	Homens		Mulheres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
<i>Idade</i>	58,84	10,80	55,29	13,71		0,26

Nota. ns = não significativo.

ANEXO 3

(Tabela 2. Diferenças no Tempo de Lesão em Função do Género do Utente)

Tabela 2. *Diferenças no Tempo de Lesão em Função do Género do Utente*

	Homens		Mulheres		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
<i>Tempo de lesão</i>	6,39	5,30	6,16	6,00	436,00 ^{ns}	0,53

Nota. ns = não significativo. O tempo da lesão é avaliada em meses.

ANEXO 4

**(Tabela 3. Descrição das variáveis Estado Civil e Habilitações
Literárias para os Homens e Mulheres)**

Tabela 3. *Descrição das Variáveis Estado Civil e Habilitações Literárias para Homens e Mulheres*

	Homens		Mulheres	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<i>Estado Civil</i>				
Solteiro/a	1	3,2	4	12,9
Casado/a	19	61,3	14	45,2
Divorciado/a	6	19,4	8	25,8
União de Facto	4	12,9	3	9,7
Viúvo/a	1	3,2	2	6,5
<i>Habilitações Literárias</i>				
Não sabe ler nem escrever	1	3,2	0	0,0
1º Ciclo	10	32,3	7	22,6
2º Ciclo	9	29,0	10	32,3
3º Ciclo	7	22,6	6	19,4
Frequência Universitária	1	3,2	0	0,0
Licenciatura	2	6,5	8	25,8
Doutoramento	1	3,2	0	0,0

ANEXO 5

**(Tabela 4. Descrição das Variáveis Clínicas e Psicológicas para
Homens e Mulheres)**

Tabela 4. Descrição das Variáveis Clínicas e Psicológicas para Homens e Mulheres

		Homens		Mulheres	
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<i>Tipo Tratamento</i>					
	Internamento	27	90,3	26	83,9
	Ambulatório	4	12,9	5	16,1
<i>Diagnóstico</i>					
	AVC Hemorrágico	9	29,0	8	25,8
	AVC Isquêmico	22	71,0	23	74,2
<i>Antecedentes Clínicos</i>					
	Não Tem	8	25,8	4	12,9
	HTA, DM2	1	3,2	1	3,2
	HTA, Dislipidemia, Obesidade	2	6,5	0	0,0
	Colesterol Elevado, Dislipidemia, Tabagismo	1	3,2	0	0,0
	HTA, DM2, Retinopatia, Bradicardia	1	3,2	0	0,0
	HTA, DM2, Tabagismo	1	3,2	0	0,0
	HTA	3	9,7	4	12,9
	HTA, Dislipidemia, Tabagismo	1	3,2	1	3,2
	HTA, Ex-Fumador, Cardiopatia Hipertensiva	1	3,2	0	0,0
	Tabagismo	1	3,2	1	3,2
	HTA, DM2, Tabagismo, Dislipi., Glaucoma Bilateral	1	3,2	0	0,0
	HTA, Gota	1	3,2	0	0,0
	AVC, Monoparesia M.I. Esq.	1	3,2	0	0,0
	DM2, Retinopatia Diabética, Bypass C., Cardiopatia Isquêmica	1	3,2	0	0,0
	HTA, Dislipidemia	1	3,2	3	9,7
	HTA, DM2, Dislipidemia, Obesidade	1	3,2	0	0,0
	HTA, DM2, doenças isquêmicas cardíacas, H. Etílicos, Dislipi.	1	3,2	0	0,0
	HTA, dim. Ac. Visual, Gonartrose Dta., Cont. Dupuytren Bilat.	1	3,2	0	0,0
	HTA, AIT, Hipercolesterotomia, Síndrome Vertiginoso	1	3,2	0	0,0
	HTA, Dislipidemia, Carcinoma Prostático	1	3,2	0	0,0
	Enxaquecas, Fractura Cotovelo	1	3,2	0	0,0
	HTA, Dislipidemia, Hábitos Etílicos	0	0,0	1	3,2
	HTA, Obesidade	0	0,0	2	6,5
	HTA, Dislipi., Tumor Benigno da Mama, Insufic. Venosa M.I.	0	0,0	1	3,2
	TCE	0	0,0	1	3,2
	HTA, Nódulo Válvula Mital, Cardiopatia, Neoplasia do Cólon	0	0,0	1	3,2

HTA, CIU, Miocardiopatia Hipertrófica, Artrite Reumatóide	0	0,0	1	3,2
Artrite Reumatóide	0	0,0	1	3,2
HTA, DM2, Tabagismo, Obesidade, Osteoporose	0	0,0	1	3,2
HTA, Dislipidemia, Carcinoma Prostático	0	0,0	1	3,2
HTA, DM2, Hipercolesterotomia, Cirurgia Tiróide	0	0,0	1	3,2
HTA, dislipidemia, Insuficiência Venosa, Cisto Aracnóideo	0	0,0	1	3,2
HTA, TCE, Litíase Renal, Hérnias Lombares Operadas	0	0,0	1	3,2
HTA, Tabagismo, Cefaleias	0	0,0	1	3,2
Défice Cognitivo, Cardiopatia Congênita, Tabagismo	0	0,0	1	3,2
<i>Antecedentes Psicológicos</i>				
Não Tem	28	90,3	22	71,0
Labilidade Emocional	1	3,2	0	0,0
Ansiedade	0	0,0	2	6,5
Depressão	2	6,5	7	22,6

Nota. HTA = Hipertensão Arterial; DM2 = Diabetes Melitus Tipo 2; Dislipi. = Dislipidemia; M.I. = Membros Inferiores; Bypass C = Bypass Cardíaco; H. Etílicos = Hábitos Etílicos; AVC = Acidente Vascular Cerebral; dim. Ac. Visual = Diminuição Acuidade Visual; Esq. = Esquerda; Dta. = Direita; Cont. Dupuytren Bilat. = Contractura Dupuytren Bilateral; Insufic. = Insuficiência; TCE = Traumatismo Cranioencefálico; AIT = Acidente Isquêmico Transitório; CIU = Cirurgia Incontinência Urinária.

ANEXO 6

**(Tabela 5. Frequência e Percentagem do Território da Lesão para
Homens e Mulheres)**

Tabela 5. *Frequência e Percentagem do Território da Lesão para Homens e Mulheres*

	Homens		Mulheres	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<i>Lesão</i>				
Lobo Frontal Esquerdo	1	3,2	1	3,2
HD: Porção Posterior da Coroa Radiata e Centro Semioval	1	3,2	0	0,0
HD: Região Talâmica	1	3,2	0	0,0
AVE.: Lesões Corticais e subcorticais CPID e CAIE	1	3,2	0	0,0
Hemisfério Direito	3	9,7	2	6,5
AVE: Região Latero-bulbar Esquerda	1	3,2	0	0,0
ACM Dta.: Região Subcortical Frontal Direita	1	3,2	2	6,5
Hemisfério Esquerdo	2	6,5	1	3,2
AVB. Dta. E Esq. e AC Post.: Tronco, Cerebelo e Lobo Temp.	1	3,2	0	0,0
HE: Território Cerebral Anterior	1	3,2	1	3,2
AVB: Região Subcortical Frontal e Bilaterais Esquerdas	1	3,2	0	0,0
ACM Direita	3	9,7	5	16,1
Tronco Vertebro Basilar	1	3,2	0	0,0
HD: Território Anterior Direito	2	6,5	0	0,0
HE: Ventrículo Lateral Esquerdo	1	3,2	0	0,0
Tronco Encefálico: Prosencéfalo Protuberancial	2	6,5	0	0,0
HE: Protuberância Paramediana Esq., Região Talâmica e LC	1	3,2	0	0,0
HE: ACM Esquerda	1	3,2	4	12,9
ACM Dta.: Reg. Cort.-Subcort. Fronto-Temporo-Parietal LC	1	3,2	2	6,5
HE: Tronco-cerebral Intraparenquimatoso, Protub. Parassagital	1	3,2	0	0,0
ACM Dta.: Território Cerebral Anterior	1	3,2	0	0,0
ACM Dta.: Corno Posterior da corona radiata, Corpo Caloso	1	3,2	0	0,0
Mesencéfalo, Cerebelo	1	3,2	0	0,0
Lobo Frontal Esq., Sistema Ventricular	0	0,0	1	3,2
Intracerebral Bilateral, Parietal Bilateral	0	0,0	1	3,2
AV. Esq.: Região Cerebelosa Esq.. Mesencéfalo	0	0,0	1	3,2
Região Temporal Posterior, Occipital, Lobo Frontal	0	0,0	1	3,2
HD: Sistema Ventricular (III/IV)	0	0,0	1	3,2
HE: Intraparenquimatoso	0	0,0	1	3,2
ACM Dta, ACA Dta.	0	0,0	1	3,2
ACM Esq.: Artéria Carótida Interna Esq.	0	0,0	1	3,2
Intraparenquimatoso Parietal Direito	0	0,0	1	3,2

Veias Arteriais, Seio Reto, Seio Lateral Direito	0	0,0	1	3,2
Intraparenquimatoso Talâmico Capsular, IV Ventrículo Direito	0	0,0	1	3,2
AV. Direita Carótida interna: Região Cortico-Sub. Frontal int.	0	0,0	1	3,2
Intraparenquimatoso Frontal Direito	0	0,0	1	3,2

Nota. HD = Hemisfério Direito; AVE = Artéria Vertebral Esquerda; CPID = Cerebelosa Posterior Inferior Direita; CAIE = Cerebelosa Anterior Inferior Esquerda; ACM = Artéria Cerebral Média; Dta. = Direita; AVB = Artéria Vertebral Basilar; AC Post. = Artéria Carótida Posterior; Lobo Temp. = Lobo Temporal; HE = Hemisfério Esquerdo; Reg. Cort.-Subcort. = Região Cortical-Subcortical; LC = Lentículo Capsular; Protb. Parassagital = Protuberância Parassagital; ACA = Artéria Carótida Anterior; Frontal Int. = Frontal Interior.

ANEXO 7

**(Tabela 6. Descrição da Variável Incapacidade Residual em Função do
Gênero)**

Tabela 6. *Descrição da Variável Incapacidade Residual em Função do Género*

	Homens		Mulheres	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<i>Incapacidade Residual</i>				
Hemiplegia Direita	2	6,5	2	6,5
Hemiplegia Esquerda	3	9,7	0	0,0
Hemiparesia Direita	5	16,1	6	19,4
Hemiparesia Esquerda	6	19,4	11	35,5
Tetraparesia Atáxica	1	3,2	0	0,0
Hemiparesia Esquerda, Diminuição Acuidade Visual	1	3,2	0	0,0
Dupla Hemiparesia	1	3,2	0	0,0
Hemiparesia Espástica Esquerda	1	3,2	0	0,0
Hemiparesia Direita, Afasia	1	3,2	2	6,5
Hemiparesia Direita Atáxica, Alteração da Fala e Visão	1	3,2	0	0,0
Hemiplegia Esquerda, Paresia Facial, Neglect	1	3,2	0	0,0
Hemiplegia Direita Espástica, Sialorreia, Anartria, Anartofonia	1	3,2	0	0,0
Hemiplegia Esquerda, Disartria, Neglect	1	3,2	0	0,0
Tetraparesia Atáxica, Disartria, Disfagia	1	3,2	0	0,0
Hemiparesia Dta. Braquial, Traqueotomia Encerrada, Disartria	1	3,2	0	0,0
Hemiplegia Direita, Disartria	1	3,2	1	3,2
Hemiparesia Esq., Hemianopsia, Neglect, Hemihipostesia Esq.	1	3,2	0	0,0
Atax. Cer., Paresia do olhar vert., prosa bil. , Nistagmo H., Dis.	1	3,2	0	0,0
Tetraparesia Espástica	1	3,2	0	0,0
Hemiparesia Esquerda, Paresia Facial, Neglect	0	0,0	1	3,2
Hemiplegia Esquerda, Disartria	0	0,0	1	3,2
Hemipares. Esq., Hemianóp. H. Esq., PFC, Hemih. Esq.	0	0,0	1	3,2
Hemiataxia Direita	0	0,0	1	3,2
Hemiparesia Esquerda, Disartria	0	0,0	1	3,2
Hemiparesia Direita, Disfagia, Disartria	0	0,0	2	6,5
Hemiplegia Esquerda, Hemineglect Esquerdo	0	0,0	1	3,2
Hemiparesia Direita, Disfagia	0	0,0	1	3,2

Nota. Dta. = Direita; Atax. Cer., Paresia do olhar vert., **prosa bil.**, Nistagmo H., Dis. =

Ataxia Cerebelosa, Paresia do olhar vertical, prosa bilateral, nistagmo homónimo, disartria; Hemipares. Esq., Hemianóp. H. Esq., PFC, Hemih. Esq. = Hemiparesia esquerda, hemianopsia homónima esquerda, paralesia facial central, hemihipostesia esquerda.

ANEXO 8

(The Mini-Mental State - MMS)

AVALIAÇÃO COGNITIVA

Mini-Mental State Examination - MMSE - Validado para a População Portuguesa

NOME: _____

IDADE: _____ Anos

DATA: _____ de _____ de _____

I. ORIENTAÇÃO "Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz."
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? (Quanto são hoje?) _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
6. Em que País estamos? (Como se chama o nosso País?) _____
7. Em que Distrito vive? _____
8. Em que Terra vive? _____
9. Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
10. Em que andar estamos? _____

Nota: _____

II. RETENÇÃO "Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras." As palavras são:

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

Repita as três palavras (Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

III. ATENÇÃO E CÁLCULO "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar." (Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer 1 erro na subtração, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro conta-se como um único erro.)

30 _____ 27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____

Nota: _____

Se o sujeito não conseguir executar esta tarefa, faz-se em alternativa, uma outra: "Vou dizer-lhe uma palavra e queria que me dissesse essa palavra letra por letra mas ao contrário, isto é, do fim para o princípio."

A palavra é: P O R T A (Dar 1 ponto por cada letra correctamente repetida.)

A _____ T _____ R _____ O _____ P _____

Nota: _____

IV. EVOCAÇÃO (Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova da retenção.)

"Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir."

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

V. LINGUAGEM (Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

a) Mostrar o relógio de pulso.

"Como se chama isto?" _____

Nota: _____

b) Mostrar o lápis.

"Como se chama isto?" _____

Nota: _____

c) Repetir a frase: "O rato rói a rolha".

Nota: _____

d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão." (Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

Pega no papel com a mão direita _____
Dobra o papel ao meio _____
Coloca o papel no chão _____

Nota: _____

e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão."

(Mostrar cartão com frase: "FECHE OS OLHOS". Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase.)

(Dar 1 ponto por cada realização correcta.)

Fechou os olhos _____

Nota: _____

f) "Escreva uma frase." (A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido, para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letra não contam como erros.)

Nota: _____

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar." (Mostrar desenho.)

(Os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar interceptados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados.)

Nota: _____



Pontos de Corte
(População Portuguesa)

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- * Analfabetos ≤ 15
- * 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- * Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Folstein MF et al. "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 1975; 12: 189-98.
Guerreiro M. Contributo da Neuropsicologia para o estudo das Demências. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa 1998.

ANEXO 9

(The Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS)

ANEXO 10

(Rosenberg Self-Esteem Scale - RSES)

ANEXO 11

(*Body Esteem Scale* - BES)

ANEXO 12
(Protocolo de Investigação)



“Impacto da Percepção da Imagem Corporal após Acidente Vascular Cerebral no Desenvolvimento de Depressão”

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ **Idade:** ____ Anos; **Género:** _____

Naturalidade: _____ **Residência:** _____

Estado Civil: _____

Habilitações Literárias: _____ **Profissão:** _____

Diagnóstico: _____ **Data da Lesão:** ____ / ____ / ____

Localização da Lesão: _____

Incapacidade Residual: _____

Antecedentes Clínicos: _____

Antecedentes Psicológicos: _____

Data do Internamento: ____ / ____ / ____ **Início do Ambulatório:** ____ / ____ / ____

Data do Preenchimento do Questionário: ____ / ____ / ____

Inês Sofia Correia de Aguiar Lourenço – N°14470

5º Ano/ Mestrado Integrado de Psicologia Clínica

Ano Lectivo 2011/2012

ANEXO 13

(Tabela 7. Estudo das Diferenças das Duas Dimensões da HADS e da RSES em função do Género)

Tabela 7. *Estudo das Diferenças das Duas Dimensões da HADS e da RSES em Função do Género*

	Homens		Mulheres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
<i>HADS</i>						
Ansiedade	7,84	3,58	9,81	4,86	-1,82 ^{ns}	0,075
Depressão	6,52	3,98	7,87	4,15	-1,31 ^{ns}	0,194
<i>RSES</i>	26,42	2,54	25,13	2,47	2,03*	0,047

Nota. HADS = *Hospital Anxiety and Depression Scale*; RSES = *Rosenberg Self- Esteem Scale*.

* $p \leq 0,05$; ns = não significativo.

ANEXO 14

(Tabela 8. Médias e Desvios-Padrão das Subescalas da BES)

Tabela 8. *Médias e Desvios-Padrão das Subescalas da BES*

	Homens		Mulheres	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>BES</i>				
Atracção Física ♂ / Atracção Sexual ♀	40,77	5,25	46,42	9,21
Força Muscular ♂ / Preocupação com o Peso ♀	28,48	5,21	30,48	8,41
Condição Física Masculina / Condição Física Feminina	40,55	7,00	25,71	5,90

Nota. BES = *Body Esteem Scale*.

ANEXO 15

(Tabela 9. Matriz de Correlações entre a AS, a PP, a CFF, as Dimensões da HADS, a RSES e o Tempo da Lesão para as Mulheres)

Tabela 9. *Matriz de Correlações entre a AS, a PP, a CFF, as Dimensões da HADS, a RSES e o Tempo da Lesão para as Mulheres*

	1	2	3	4	5	6	7
1 – AS	-						
2 – PP	0,58***	-					
3 – CFF	0,57***	0,85***	-				
4 – Ansiedade	-0,42*	-0,60***	-0,72***	-			
5 – Depressão	-0,57***	-0,28	-0,38*	0,50**	-		
6 – RSES	0,60***	0,46**	0,52**	-0,41*	-0,33	-	
7 – Tempo Lesão	-0,30	-0,30	-0,29	0,11	0,38*	-0,37*	-

Nota. AS = Atracção Sexual; PP = Preocupação com o Peso; CFF = Condição Física Feminina; RSES = *Rosenberg Self-Esteem Scale*. O tempo de lesão foi avaliado em meses.

*** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

ANEXO 16

(Tabela 10. Matriz de Correlações entre a AF, a FM, a CFM, as Dimensões da HADS, a RSES e o Tempo da Lesão para os Homens)

Tabela 10. *Matriz de Correlações entre a AF, a FM, a CFM, as dimensões da HADS, a RSES e o Tempo da Lesão para os Homens*

	1	2	3	4	5	6	7
1 – AF	-						
2 – FM	0,56***	-					
3 – CFM	0,29	0,61***	-				
4 – Ansiedade	-0,05	-0,30	-0,16	-			
5 – Depressão	-0,10	-0,37*	-0,10	0,54**	-		
6 – RSES	0,14	-0,04	-0,10	-0,53**	-0,41*	-	
7 – Tempo Lesão	-0,42*	-0,07	-0,05	-0,29	-0,25	0,05	-

Nota. AF = Atracção Física; FM = Força Muscular; CFM = Condição Física Masculina; RSES = *Rosenberg Self-Esteem Scale*. O tempo de lesão foi avaliado em meses.

*** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

ANEXO 17

**(Tabela 11. Diferenças nas Dimensões da BES, da HADS e a RSES em
função do Tipo de AVC para as Mulheres)**

Tabela 11. *Diferenças nas dimensões da BES, da HADS e a RSES em função do Tipo de AVC para as Mulheres*

	Tipo AVC				U	p
	Hemorrágico		Isquémico			
	M	DP	M	DP		
<i>HADS</i>						
Ansiedade	8,88	4,09	10,13	5,15	78,00 ^{ns}	0,526
Depressão	7,63	4,00	7,96	4,28	88,50 ^{ns}	0,874
<i>BES</i>						
AS	45,25	9,07	46,83	9,42	84,00 ^{ns}	0,717
PP	31,38	9,83	30,17	8,09	89,00 ^{ns}	0,892
CFF	27,75	7,52	25,00	5,24	70,50 ^{ns}	0,330
<i>RSES</i>	24,88	2,85	25,22	2,39	86,50 ^{ns}	0,802

Nota. AVC = Acidente Vascular Cerebral; HADS = *Hospital Anxiety and Depression Scale*; BES = *Body Esteem Scale*; AS = Atracção Sexual; PP = Preocupação com o Peso; CFF = Condição Física Feminina; RSES = *Rosenberg Self-Esteem Scale*

ns = não significativo.

ANEXO 18

**(Tabela 12. Diferenças nas Dimensões da BES, da HADS e a RSES em
função do Tipo de AVC para os Homens)**

Tabela 12. *Diferenças nas dimensões da BES, da HADS e a RSES em função do Tipo de AVC para os Homens*

	Tipo AVC				U	p
	Hemorragico		Isquémico			
	M	DP	M	DP		
<i>HADS</i>						
Ansiedade	7,78	3,56	7,86	3,68	97,50 ^{ns}	0,948
Depressão	5,89	3,95	6,77	4,06	83,00 ^{ns}	0,484
<i>BES</i>						
AF	40,00	5,92	41,09	5,06	93,00 ^{ns}	0,794
FM	27,78	4,41	28,77	5,57	86,50 ^{ns}	0,584
CFM	37,44	8,60	41,82	6,00	67,00 ^{ns}	0,162
<i>RSES</i>	25,78	3,07	26,68	2,32	75,00 ^{ns}	0,292

Nota. AVC = Acidente Vascular Cerebral; HADS = *Hospital Anxiety and Depression Scale*; BES = *Body Esteem Scale*; AF = Atracção Física; FM = Força Muscular; CFM = Condição Física Masculina; RSES = *Rosenberg Self-Esteem Scale*.

ns = não significativo.

ANEXO 19

(Tabela 13. Estudo das Diferenças das duas Dimensões da HADS, na RSES e na AF, na FM e na CFM em função da Duração da Lesão para os Homens)

Tabela 13. *Estudo das Diferenças das duas Dimensões da HADS, na RSES e na AF, na FM e na CFM em função da Duração da Lesão para os Homens*

		Duração da Lesão - Homens					
		< 6 meses		≥ 6 meses			
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
<i>HADS</i>							
	Ansiedade	8,53	3,52	7,00	3,59	89,00 ^{ns}	0,231
	Depressão	7,12	4,14	5,79	3,81	97,50 ^{ns}	0,391
	<i>RSES</i>	26,53	2,58	26,29	2,58	115,50 ^{ns}	0,889
<i>BES</i>							
	AF	42,88	4,18	38,21	5,39	59,50*	0,018
	FM	28,82	5,93	28,07	4,36	115,50 ^{ns}	0,889
	CFM	40,65	7,57	40,43	6,52	119,00 ^{ns}	0,999

Nota. HADS = *Hospital Anxiety and Depression Scale*; RSES = *Rosenberg Self-Esteem Scale*; BES = *Body Esteem Scale*; AF = atracção física; FM = Força Muscular; CFM = Condição Física Masculina.

* $p \leq 0,05$; ns = não significativo.

ANEXO 20

(Tabela 14. Estudo das Diferenças das duas Dimensões da HADS, na RSES e na AS, na PP e na CFF em função da Duração da Lesão para as Mulheres)

Tabela 14. *Estudo das Diferenças das duas Dimensões da HADS, na RSES e na AS, na PP e na CFF em função da Duração da Lesão para as Mulheres*

		Duração da Lesão - Mulheres					
		< 6 meses		≥ 6 meses			
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
<i>HADS</i>							
	Ansiedade	9,72	5,54	9,92	3,95	114,50 ^{ns}	0,920
	Depressão	7,33	4,49	8,62	3,66	96,50 ^{ns}	0,410
	<i>RSES</i>	25,33	2,20	24,85	2,88	99,50 ^{ns}	0,478
<i>BES</i>							
	AS	46,78	8,40	45,92	10,56	103,00 ^{ns}	0,574
	PP	32,44	6,52	27,77	10,15	75,50 ^{ns}	0,096
	CFF	26,61	5,02	24,46	6,96	83,50 ^{ns}	0,179

Nota. HADS = *Hospital Anxiety and Depression Scale*; RSES = *Rosenberg Self-Esteem scale*; BES = *Body Esteem Scale*; AS = *Atracção Sexual*; PP = *Preocupação com o Peso*; CFF = *Condição Física Feminina*.

ns = não significativo.

ANEXO 21

**(Tabela 15. Estudo das Diferenças na HADS e na RSES em função do
Território Cerebral Lesado)**

Data ___/___/___

Nome _____

HADS

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma **X** no espaço correspondente à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

POR FAVOR, FAÇA APENAS UMA CRUZ EM CADA PERGUNTA

1 . Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

A maior parte das vezes ☐
 Muitas vezes ☐
 Por vezes ☐
 Nunca ☐

2 . Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

Tanto como antes ☐
 Não tanto agora ☐
 Só um pouco ☐
 Quase nada ☐

3 . Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

Sim e muito forte ☐
 Sim, mas não muito forte ☐
 Um pouco, mas não me aflige ☐
 De modo algum ☐

4 . Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

Tanto como antes ☐
 Não tanto como antes ☐
 Muito menos agora ☐
 Nunca ☐

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

A maior parte do tempo ☐
 Muitas vezes ☐
 Por vezes ☐
 Quase nunca ☐

6 . Sinto-me animado/a:

Nunca ☐
 Poucas vezes ☐
 De vez em quando ☐
 Quase sempre ☐

7 . Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

Quase sempre ☐
 Muitas vezes ☐
 Por vezes ☐
 Nunca ☐

8 . Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

Quase sempre ☐
 Muitas vezes ☐
 Por vezes ☐
 Nunca ☐

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

Nunca ☐
 Por vezes ☐
 Muitas vezes ☐
 Quase sempre ☐

10 . Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

Completamente ☐
 Não dou a atenção que devia ☐
 Talvez cuide menos que antes ☐
 Tenho o mesmo interesse de sempre ☐

11 . Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

Muito ☐
 Bastante ☐
 Não muito ☐
 Nada ☐

12 . Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

Tanto como antes ☐
 Não tanto como antes ☐
 Bastante menos agora ☐
 Quase nunca ☐

13 . De repente, tenho sensações de pânico:

Muitas vezes ☐
 Bastantes vezes ☐
 Por vezes ☐
 Nunca ☐

14 . Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

Muitas vezes ☐
 De vez em quando ☐
 Poucas vezes ☐
 Quase nunca ☐

CORRECÇÃO DO HADS :

Questões

1
3
5
6
8
10
11
13

Cotação por alínea :

3
2
1
0

Questões

2
4
7
9
12
14

Cotação por alínea :

0
1
2
3

A (1 + 3 + 5 + 7 + 9 + 11 + 13)

Total A : _____

D (2 + 4 + 6 + 8 + 10 + 12 + 14)

Total D : _____

Sempre que se obtenham valores iguais ou superiores a **12**, nas sub-escalas, estamos perante uma **alteração patológica de Ansiedade ou de Depressão**, em termos clínicos, e a zona limite encontra-se entre os valores 10 e 11. Ao nível da investigação os valores considerados como patológicos são iguais ou superiores a 10 e a zona limite fica entre o 8 e o 9, em cada uma das sub-escalas.

RSES

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respectiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto que tenho algumas qualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Adopto uma atitude positiva para comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabela 15. *Estudo das Diferenças na HADS e na RSES em função do território cerebral lesado*

	1		2		3		4		5		6		7			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
<i>HADS</i>																
Ansied	8,86	4,70	9,50	5,92	8,00	4,20	8,33	4,73	8,50	3,99	7,33	3,21	10,60	2,96	0,24 ^{ns}	0,940
Depres	6,91	4,35	8,75	1,71	7,83	5,56	10,00	6,56	6,17	3,13	8,33	2,08	6,00	1,73	0,53 ^{ns}	0,741
<i>RSES</i>	25,80	2,56	25,00	2,71	26,00	3,22	26,00	1,00	26,50	2,26	26,67	3,51	24,40	2,97	0,43 ^{ns}	0,806

Nota. HADS = Hospital of Anxiety and Depression Scale; Ansied = Ansiedade; Depres = Depressão; 1 = Frontal Esquerdo; 2 = Hemisfério Direito: Porção Posterior da Coroa Radiata e Centro Semioval; 3 = Hemisfério Direito: Região Talâmica; 4 = Artéria Vertebral Esquerda: Lesões Corticais e Subcorticais Cerebelosa Posterior Inferior Direita e Cerebelosa Anterior Inferior Esquerda; 5 = Hemisfério Direito; 6 = Artéria Vertebral Esquerda: Região Latero-bulbar; 7 = ACM Direita: Região Subcortical Frontal; RSES = Rosenberg Self-Esteem Scale.

ns = não significativo.